Maria Luiza Sant'Ana do Amaral

Impulso sexual excessivo e comportamento *barebacking* em homens que fazem sexo com homens

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino

São Paulo
2014

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino, por ter me oferecido a oportunidade de integrar o Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e por ter sido meu Orientador, dedicando tempo ao meu trabalho, com orientações, críticas e sugestões de grande valor, sempre com seu olhar criterioso; por toda paciência que teve, principalmente nos meus momentos de "crise", por todo o cuidado, amizade, carinho, respeito e finalmente por todo o conhecimento compartilhado.

À minha amiga e colega de ambulatório Sirlene Caramello dos Reis, que discutiu comigo as questões emocionais dos participantes, que contribuiu na fase final da dissertação com seu olhar estético crítico, e que esteve junto nos momentos de angústia e de alegrias, acompanhando toda a minha trajetória neste trabalho.

À minha amiga e colega de ambulatório e de mestrado Bruna Messina, que discutiu comigo as questões psicológicas dos participantes, as questões estatísticas, e que esteve ao meu lado em cada dificuldade e em cada conquista.

Aos outros membros do ambulatório que colaboraram com meu trabalho:

Dr. João Paulo Lian Branco Martins e Dra. Jaqueline Albieri Vieira, psiquiatras que fizeram os atendimentos diagnósticos dos participantes.

Dra. Isabelle Nisida, infectologista, que acompanhou clinicamente todos os participantes.

Julie Cristine Vieira, enfermeira da equipe, que recebeu os participantes com todo carinho e atenção que lhe é peculiar.

Profa. Dra. Marciela Henckel, pela amizade e pela contribuição analítica dada ao meu trabalho durante o percurso e na banca de qualificação.

Ao Prof. Dr. José Eluf Neto, que deu a oportunidade de apresentar meu projeto de pesquisa em aula, juntamente com outros profissionais convidados que colaboraram com críticas e sugestões para o meu trabalho.

Aos demais integrantes da banca de qualificação que muito contribuíram para a conclusão da minha dissertação: Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho e Prof. Dr. André Malbergier.

Aos participantes desta pesquisa, que compreenderam a importância deste trabalho e viabilizaram o estudo confidenciando e confiando questões pessoais tão íntimas.

E finalmente e com maior importância, agradeço ao Rogerio do Amaral, Rafael Sant'Ana do Amaral e Rogerio do Amaral Junior, minha família, meus amores, que me apoiaram e acreditaram em meu trabalho, que estiveram o tempo todo ao meu lado, foram pacientes, suportaram minha ausência e ainda me cobriram de carinhos.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2014.

Abreviaturas dos títulos de periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

Sumário

Lista de Abreviaturas

Lista de Siglas

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO..... 1

1.1 Revisão de Literatura..... 3
1.1.1 Aids: Dados Mundiais e Brasileiros..... 3
1.1.2 HSH e Comportamento Sexual de Risco..... 6
1.1.3 Comportamento "Barebacking"..... 7
1.1.4 Personalidade, Identidade e Vinculação Afetiva..... 10
1.1.4.1 Personalidade..... 10
1.1.4.1.1 Temperamento..... 16
1.1.4.1.1.1 Busca de Novidades..... 16
1.1.4.1.1.2 Esquiva ao Dano..... 16
1.1.4.1.1.3 Dependência de Gratificação..... 17
1.1.4.1.1.4 Persistência..... 17
1.1.4.1.2 Caráter..... 17
1.1.4.1.2.1 Autodirecionamento..... 17
1.1.4.1.2.2 Cooperatividade..... 18
1.1.4.1.2.3 Autotranscendência..... 18
1.1.4.2 Identidade..... 19
1.1.4.3 Vinculação Afetiva..... 20
1.1.4.3.1 Vinculação Segura..... 21
1.1.4.3.2 Vinculação Dependente..... 21
1.1.4.3.3 Vinculação Ansiosa..... 22
1.1.5 Estudos acerca de Aspectos da Personalidade e Identidade associados ao Comportamento Sexual de Risco em HSH..... 22
1.1.6 Comportamento Sexual Compulsivo..... 25
1.2 Justificativa..... 31
1.3 Hipóteses..... 32

2. OBJETIVOS..... 34

2.1 Geral..... 34
2.2 Específicos..... 34

3. MÉTODOS..... 35

3.1 Delineamento do Estudo..... 35

3.2 População..... 35
3.2.1 Seleção da Amostra..... 35
3.2.1.1 Critérios de Inclusão..... 36
3.2.1.2 Critérios de Exclusão..... 36
3.3 Procedimentos..... 37
3.4 Instrumentos de Pesquisa..... 38
3.4.1 Instrumento de Investigação Sociodemográfica..... 38
3.4.2 Entrevista Breve para Diagnóstico de Transtornos Mentais..... 39
3.4.3 Questionário autorresponsivo com perguntas complementares..... 39
3.4.4 Inventário de Consolidação de Identidade (ICI)..... 40
3.4.5 Escala de Vinculação de Adulto..... 41
3.4.6 Escala de Compulsividade Sexual..... 42
3.4.7 Escala de Otimismo/Ceticismo no contexto dos Tratamentos do HIV..... 42
3.4.8 Inventário de Temperamento e Caráter (ITC)..... 43
3.4.9 Instrumento de Avaliação de Risco no Comportamento Sexual.... 45
3.5 Análise Estatística..... 45
4. RESULTADOS..... 48
4.1 Características da Amostra..... 48
4.2 Comportamento Sexual Compulsivo..... 50
4.3 Diagnóstico de Transtorno relacionado ao uso de Álcool e Drogas..... 51
4.4 Percepção da gravidade do HIV/aids e o grau de Otimismo quanto ao tratamento..... 51
4.5 Características de Identidade e Personalidade..... 52
4.6 Vinculação Afetiva..... 53
4.7 Prevalência de HIV..... 53
4.8 Regressão Logística Múltipla..... 54
5. DISCUSSÃO..... 55
6. CONCLUSÕES..... 70
7. ANEXOS..... 71
8. REFERÊNCIAS..... 75

Lista de Abreviaturas

AAS	Adult Attachment Scale
AD	Autodirecionamento
AT	Autotranscendência
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
BN	Busca de Novidades
C	Cooperatividade
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (10ª revisão)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CSC	Comportamento Sexual Compulsivo
DG	Dependência de Gratificação
DSM-III-R/IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (3ª edição revisada e 4ª edição)
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição revisada)
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ED	Esquiva ao Dano
EPQ	Eysenck Personality Questionnaire
et al	e colaboradores
FFM	Five Factors Model
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IC	Intervalo de Confiança
ICI	Inventário de Consolidação da Identidade / Identity Consolidation Inventory
ITC	Inventário de Temperamento e Caráter
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NEO-PI-R	Revised NEO Personality Inventory
OR	Odds Ratio
PE	Persistência
PEN	Psicoticismo – Extroversão – Neuroticismo

PF	Personality Factors
PnP	Party and Play
RR	Risco Relativo
SCID-P	Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Patient Edition)
SCS	Sexual Compulsivity Scale
SSSS	Sexual Sensation Seeking Scale
TCI	Temperament and Character Inventory
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ZKA-PQ	Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire
ZKPQ	Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire

Lista de Siglas

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HC-FMUSP
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
IPq-HC-FMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ProSex	Programa de Estudos em Sexualidade
ProAMITI	Programa do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas de HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking", Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo do IPq-HCFMUSP – 2012..... 49

Tabela 2 – Comportamento sexual compulsivo dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking"– 2012..... 50

Tabela 3 – Percepção do HIV/aids dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking"– 2012..... 51

Tabela 4 – Características de Identidade e Personalidade dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012..... 52

Tabela 5 – Tipos de vínculos afetivos dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012..... 53

Tabela 6 – Sorologia de HIV referida por HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012..... 53

Tabela 7 – Valor de P (P), Intervalo de Confiança (IC 95%), Odds Ratio (OR) bruto e ajustado mediante o modelo de regressão logística dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012..... 54

Resumo

Do Amaral, MLS, *Impulso sexual excessivo e comportamento barebacking em homens que fazem sexo com homens* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo; 2014.

O comportamento "barebacking" é definido como o intercurso sexual anal entre homens que fazem sexo com homens (HSH) que decidem intencionalmente não usar preservativos, no contexto de risco do HIV. O comportamento sexual compulsivo (CSC) pode agir na motivação do comportamento "barebacking", aumentando o risco de transmissão do HIV, sendo que no Brasil a prevalência do HIV entre HSH é de 10,5%. **Objetivos**: estimar a frequência do comportamento "barebacking" nos HSH compulsivos sexuais, e investigar a associação do comportamento "barebacking" com: infecção pelo HIV; comportamento sexual de risco; severidade do CSC; transtorno associado ao uso de álcool e drogas; grau de otimismo em relação ao tratamento do HIV; capacidade de vinculação afetiva tipo segura; consolidação da identidade; e as seguintes dimensões de personalidade: busca de novidades, esquiva ao dano, dependência de gratificação e autodirecionamento. **Métodos**: estudo transversal realizado em amostra de HSH que buscaram tratamento para o CSC. Participaram 55 homens compulsivos sexuais, sendo que 21 apresentavam o comportamento "barebacking" e 34 não. Foram avaliados em entrevista psiquiátrica para verificação dos critérios de elegibilidade (critérios de dependência de sexo e de Impulso Sexual Excessivo, diagnósticos de exclusão, nível cognitivo). Todos responderam os seguintes instrumentos: Inventário de Consolidação de Identidade, Escala de Vinculação de Adulto, Escala de Compulsividade Sexual, Escala de Otimismo/Ceticismo no contexto dos tratamentos do HIV, Inventário de Temperamento e Caráter, Instrumento de Avaliação de Risco no Comportamento Sexual, além de questões complementares quanto ao comportamento "barebacking" e HIV. Ainda participaram de entrevista com a pesquisadora, que teve a finalidade de investigar a intencionalidade do não uso do preservativo. **Resultados**: 38% da amostra apresentaram comportamento "barebacking", sendo que 64% apresentaram orientação homossexual e 36% bissexual, e o comportamento "barebacking" associou-se à homossexualidade ($p < 0,05$). Comparando-se indivíduos com e sem o comportamento "barebacking", não se encontrou diferença em relação: a transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou drogas, ao otimismo quanto ao tratamento do HIV, à vinculação afetiva, às dimensões de personalidade esquiva ao dano e dependência de gratificação. Houve uma tendência à associação à severidade do CSC, à consolidação da identidade e à busca de novidades. Houve associação negativa com a dimensão de personalidade autodirecionamento ($p < 0,001$). A prevalência do HIV foi de 20% na amostra total e

de 43% dentre os participantes com comportamento “barebacking” ($p < 0,05$). **Conclusões**: a orientação homossexual e o baixo autodirecionamento foram preditores de comportamento “barebacking” neste estudo, sugerindo menor autonomia, reduzida força de vontade, desorganização, baixa capacidade de controle interno, baixa autoaceitação e baixa autoestima, como característica de personalidade dos que apresentam comportamento “barebacking”.

Descritores: Comportamento sexual/psicologia; Comportamento compulsivo/psicologia; Sexo sem proteção/psicologia; Homossexualidade masculina; Bissexualidade; Personalidade; Brasil/epidemiologia; Infecções por HIV.

Abstract

Do Amaral, MLS, *Compulsive sexual behavior and barebacking in men who have sex with men* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo"; 2014.

The barebacking behavior is defined as anal intercourse among men who have sex with men (MSM) who intentionally decide do not to use condoms in the context of HIV risk. Compulsive sexual behavior (CSB) can act in motivating the barebacking behavior increasing the risk of HIV transmission, whereas in Brazil the prevalence of HIV among MSM is 10.5%. **Goals**: To estimate the frequency of barebacking behavior in sexually compulsive MSM, and to investigate the association of barebacking behavior with: HIV infection, sexual risk behavior, severity of CSB; substance disorders; degree of optimism regarding the treatment of HIV; ability to develop secure emotional attachment type, identity consolidation, and the following personality dimensions: novelty seeking, harm avoidance, reward dependence and self-directedness. **Methods**: Cross-sectional study in a sample of MSM who sought treatment for CSB. 55 sexually compulsive men participated, of whom 21 presented the barebacking behavior and 34 do not. All of them were underwent to psychiatric interview for verification of eligibility criteria (criteria for sex addiction and Excessive Sexual Drive, exclusion psychiatric diagnosis, and cognitive level). All answered the following instruments: Identity Consolidation Inventory, the Adult Attachment Scale, Scale of Sexual Compulsivity, Scale Optimism/Scepticism in the context of HIV treatments, Temperament and Character Inventory, Instrument Risk Assessment in Sexual Behavior, plus additional questions regarding the barebacking behavior and HIV. They were also interviewed by the researcher, whose purpose was to investigate the intentionality of not using condoms. **Results**: 38% of the sample presented barebacking behavior, whereas 64% were gay and 36% bisexual, and barebacking behavior was associated with being gay ($p < 0.05$). Comparing subjects with and without the barebacking behavior no difference was found in relation to: substance disorders, optimism regarding the treatment of HIV, adult attachment, personality dimensions harm avoidance and reward dependence. There was a trend toward association with severity of CSB, and the consolidation of identity and novelty seeking. There was a negative association with the personality dimension self-directedness ($p < 0.001$). HIV prevalence was 20% in the total sample and 43% among participants with barebacking behavior ($p < 0.05$). **Conclusions**: gay and low self-directedness predicted barebacking behavior in this study, suggesting low autonomy, reduced willpower, disorganization, low ability for internal control, low self-acceptance and low self-esteem, as personality characteristics from those presenting barebacking behavior.

Descriptors: Sexual behavior/psychology; Compulsive behavior/psychology; Unsafe sex/psychology; Homosexuality, male; Bisexuality; Personality; Brazil/epidemiology; HIV infections.

1. INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi marcada com o surgimento do HIV e o desenvolvimento da aids. A epidemia no Brasil, que iniciou marcadamente masculina, atingindo principalmente homens que fazem sexo com homens (HSH) – em 1984, representavam 71% dos casos notificados –, vive hoje a heterossexualização. Das pessoas infectadas no mundo 50% são mulheres[1]; no Brasil, dos casos notificados de aids até junho de 2012, 35% são em mulheres. Segundo estudo sobre epidemia da aids e vulnerabilidade feminina, a prática heterossexual é a forma de transmissão do HIV predominante no Brasil, e o perfil dos casos notificados parece contribuir para a vulnerabilidade, pois a maior parte destas mulheres possuem uma menor escolaridade que os homens notificados em aids, consequentemente menor nível socioeconômico, e uma grande proporção das mulheres se relaciona com parceiros que mantém múltiplas parcerias sexuais[2]. A proporção de casos entre homens e mulheres diminuiu ao longo dos anos – em 1989, havia um caso de aids em mulher para cada seis em homens; em 2011, um caso de aids em mulher para cada 1,7 homens. Hoje, a prevalência no Brasil corresponde a 0,4% entre mulheres e 0,8% entre homens[3].

Segundo o Ministério da Saúde, os jovens (de 13 a 24 anos) representaram 11% dos casos notificados de aids no Brasil (de 1980 a 2009), sendo que a transmissão sexual é a responsável por 68% dos casos notificados nesta faixa etária[4]. Os HSH continuam apresentando uma maior vulnerabilidade para a infecção do HIV – representam hoje 32% dos casos notificados no Brasil, com um aumento de 15% na proporção de casos nos últimos dez anos[3]. Assim, o risco de um jovem HSH estar

infectado pelo HIV é aproximadamente 13 vezes maior do que os jovens em geral[4]. A vulnerabilidade dos jovens HSH parece estar associada a alguns fatores como: falta de eficácia nos programas de prevenção, maior uso de álcool e drogas, complacência sobre os riscos do HIV, falta de conhecimento do próprio status sorológico (em que muitos podem estar contaminados e transmitindo o vírus), além do estigma e discriminação vivenciados por este grupo[5].

Diversos estudos investigaram os fatores de risco e os fatores psíquicos associados à infecção pelo HIV[6-14], mas poucos investigaram a associação desta com o comportamento sexual compulsivo (CSC), principalmente fora dos Estados Unidos. O CSC é um comportamento que causa sofrimento ao sujeito, ao longo de seu curso; é caracterizado por fantasias ou comportamentos sexuais que aumentam em frequência e intensidade, causando prejuízos na vida pessoal, social e profissional do indivíduo[15,16], devido ao déficit de controle sobre o impulso sexual. Estudos americanos observaram prevalência de sintomas compulsivos sexuais em 27% de HSH[17,18].

Há alguns anos, foi descrito entre os HSH o intercurso sexual anal sem o uso do preservativo, de forma intencional, no contexto de risco de transmissão do HIV, tendo sido denominado “barebacking”[19], termo que não apresenta correlato na língua portuguesa, por isso, neste trabalho, será utilizado o termo comportamento “barebacking”.

A associação entre CSC e comportamento “barebacking” já foi descrita, mas esta ainda não havia sido investigada especificamente em amostra de compulsivos sexuais. O CSC pode agir na motivação do comportamento “barebacking”[20-22], e está associado a maior risco de transmissão do HIV [23-26].

1.1 Revisão de Literatura

1.1.1 Aids: Dados Mundiais e Brasileiros

Aproximadamente 35 milhões de pessoas vivem com o HIV em todo o mundo[27]. Em 2011, 2,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 1,7 milhão de pessoas morreram de aids em todo o mundo, o que representa um declínio de 24% comparado a 2005, e as novas infecções pelo HIV caíram 20% desde 2001. Quanto aos modos de transmissão mais prevalentes, tem-se a transmissão heterossexual predominando no Leste Europeu, Caribe e África Subsaariana; na Ásia predomina tanto a transmissão por uso de drogas injetáveis como por transmissão sexual com trabalhadores do sexo; e na América Latina predomina a transmissão entre HSH[1].

A fim de descrever as características epidemiológicas da aids no mundo, é utilizada a seguinte tipologia: **epidemia de baixo nível,** quando a prevalência do HIV não ultrapassa consistentemente 1% na população em geral e não ultrapassa 5% em qualquer subpopulação; **epidemia concentrada,** refere-se à prevalência da infecção pelo vírus superior a 5% em uma ou mais subpopulações e inferior a 1% na população em geral; e **epidemia generalizada,** na qual a prevalência do HIV está acima de 1% entre gestantes atendidas em serviços de pré-natal, além de ser uma epidemia que se autossustenta por meio da transmissão heterossexual[28].

As populações-chave sob maior risco de exposição ao HIV no Brasil são os trabalhadores sexuais, pessoas que injetam drogas e os HSH. A prevalência global de infecção pelo HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo no mundo está em torno de 12%, o que significa que essas mulheres apresentam 13,5 vezes mais riscos de viver

com o HIV que qualquer outra mulher, enquanto que no Brasil a prevalência é de 4,9%. Pessoas que injetam drogas, considerando os 49 países que disponibilizam os dados, apresentam 22 vezes mais riscos de contrair o HIV do que a população geral, com prevalência de pelo menos 50 vezes mais elevada em 11 países; no Brasil a prevalência encontrada é de 5,9%. A média da prevalência do HIV entre HSH excede em 1% em todas as regiões do mundo, e é consistentemente maior do que a prevalência entre os homens em geral; na América Latina, os HSH representam a maior fonte de novas infecções na região, variando de 33% (na República Dominicana) a 56% (no Peru); no Brasil, a prevalência é de 10,5%[29].

No Brasil, contabiliza-se 656.701 casos notificados de aids entre 1980 e junho de 2012. Barbosa Jr et al investigaram as taxas de incidência de aids entre HSH por meio das informações disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e das estimativas do tamanho destes subgrupos populacionais, realizadas a partir de inquérito de base populacional conduzido no país em 2004, com 6.000 indivíduos de 15 a 54 anos. O percentual de HSH com aids entre os homens de 15 a 49 anos de idade foi de 3,2%, correspondendo à cerca de um milhão e quinhentos mil homens, em 2004. A incidência de aids - entre 1980 e 2004 - nos HSH diminuiu, porém ainda apresenta o percentual mais alto se comparado ao grupo heterossexual e ao grupo de pessoas que injetam drogas (HSH 25,2% *vs.* heterossexuais 23,5% *vs.* pessoas que injetam drogas 19,9%)[30].

A epidemia de aids no Brasil encontra-se estável e é do tipo **concentrada**. Os grupos mais expostos a risco para o HIV são: HSH; mulheres trabalhadoras do sexo e pessoas que injetam drogas. Com relação à categoria de exposição, os casos de aids notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino de 13 anos e mais de idade,

observa-se que 30,4% deles em 1998 ocorreram entre heterossexuais, sendo que em 2010 esse percentual passa para 42,4%; no mesmo período, houve uma estabilização na proporção de HSH, passando de 31,1% em 1998 para 29,7% em 2010. Entretanto, considerando os casos de aids notificados entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, no mesmo período, houve aumento proporcional da categoria de exposição HSH, passando de 31,8% em 1998 para 46,4% em 2010. Em geral, houve um aumento de 45,9% na proporção de casos entre os HSH pela categoria de exposição sexual[3].

Nos Estados Unidos, dentre os segmentos de maior risco para a transmissão do HIV, os HSH também predominam sobre os trabalhadores do sexo e pessoas que injetam drogas. Em 2011, HSH representaram 62% das novas infecções pelo HIV nos Estados Unidos e 79% das infecções entre todos os homens americanos recém-infectados, sendo que os jovens (entre 13 e 29 anos) HSH representam 34% das novas infecções por ano, conforme o Centers for Disease Control and Prevention (CDC)[5]. Estudos anteriores entre HSH infectados e não infectados pelo HIV mostram que entre 14 e 46% destes homens fazem sexo sem preservativo, e em estudos exclusivos com HSH portadores do HIV, a frequência da prática sexual sem preservativo gira em torno de 84%[31]. De acordo com o CDC, entre 2008 e 2010 houve aumento de 22% nas novas infecções entre HSH jovens (de 13 a 24 anos), e de 12% entre os HSH em geral. Estima-se que 50% das pessoas que vivem com o HIV nos Estados Unidos sejam HSH[5], e que os HSH diagnosticados com aids respondam por 52% do total de americanos diagnosticados em 2011; e as mortes relacionadas à aids do início da epidemia até final de 2010 giraram em torno de 48% entre os HSH.

1.1.2 HSH e Comportamento Sexual de Risco

O ambiente no qual os HSH buscam para encontrar e/ou se engajar em sexo pode ser preditor de comportamento sexual de risco. As emoções vivenciadas durante as interações podem influenciar a tomada de decisões do indivíduo[32]. Dessa forma, homens que frequentam locais como clubes de sexo, sauna e cinemas, praticam mais sexo desprotegido do que homens que não frequentam tais ambientes[32,33]. Homens HIV positivos que frequentam estes locais para busca de sexo apresentam níveis mais elevados do traço de personalidade busca de sensação[34] e apresentam maior dificuldade em relação a adotar medidas de proteção quanto ao HIV[32,34]. A prática do sexo desprotegido e anônimo se torna comum[35], enquanto a comunicação acerca disto é bastante limitada entre os usuários[36], reduzindo, ao mesmo tempo, as preocupações sobre os riscos de transmissão de HIV/DST nestes ambientes[35].

A internet, como um local para busca de parceiros sexuais eventuais, também se constata como preditora de sexo desprotegido[32]. Pesquisadores têm demonstrado que HSH que usam a internet para buscar parceiros sexuais reportam maiores frequências de comportamento sexual de risco do que HSH que buscam parceiros em bares e clubes[37-39].

O uso de drogas e álcool também está associado ao comportamento sexual de risco. É comum entre HSH o consumo de drogas ou álcool em antecipação ou durante a atividade sexual, principalmente entre os praticantes de sexo “bareback”, sob a alegação de busca de novas sensações, melhoria das experiências sexuais, aumento de prazer devido à redução das inibições, aumento do desejo e redução de

julgamentos frente ao comportamento[21-23,40-44]. O uso de drogas e álcool também é utilizado como um meio de escapar da realidade, fugir das normas e padrões de comportamento[34]. No estudo de Stein et al, a probabilidade de ter sexo está associada com qualquer uso de álcool (OR = 1,95; $p < 0,05$), e a probabilidade de se ter mais intercursos sexuais desprotegidos também está associada com qualquer uso de álcool (OR = 2,30; $p < 0,05$). Dos sujeitos que fazem abuso do álcool, quase um terço (32,9%) informa relações sexuais desprotegidas e múltiplos parceiros, em comparação com apenas 8,5% dos sujeitos que não apresentam padrão abusivo[45]. Dessa forma, o uso de álcool e drogas parece aumentar a possibilidade de comportamento sexual de risco frequentemente se associando a maior prática sexual e multiplicidade de parcerias.

1.1.3 Comportamento "Barebacking"

A fim de designar o sexo anal sem uso de preservativo entre HSH, com a intencionalidade da transmissão do HIV, a comunidade gay norte-americana introduziu o termo "barebacking" em meados de 1990 (originalmente o termo significava "cavalgar sem cela" e era utilizado em festas de rodeios), no contexto de festas sexuais para a transmissão do vírus[21], em que os soropositivos eram chamados "Gift Giver" – os presenteadores, e os soronegativos "Bug Chaser" – os presenteados[46].

A literatura científica atualmente conceitua o "barebacking" como intercurso sexual anal entre homens gays e bissexuais que decidem intencionalmente não usar

preservativos, no contexto de risco do HIV[19,21,47]. Assim, o risco da contaminação existe, porém não é o propósito ou objetivo dos praticantes de sexo “bareback”[19,21,47].

Estudos com os HSH que se identificam como “barebackers” observam que eles podem utilizar estratégias de redução de danos quanto às posições sexuais, por exemplo, o indivíduo soropositivo ser o parceiro passivo e o negativo estar no papel ativo, a fim de diminuir o risco da contaminação pelo vírus, ou ainda a segurança negociada (“serosorting”), em que praticam sexo sem preservativo apenas entre a mesma sorologia[31,43,47-49]. Em relação ao HIV, HSH soropositivos se identificam mais como “barebackers" do que os soronegativos[21] e também fazem mais uso de drogas, bem como participam com mais frequência de festas de sexo regadas a drogas (“party and play” ou PnP) do que os “não-barebackers”[21,50].

Vários estudos demonstram que HSH com comportamento “barebacking” apresentam mais frequentes comportamentos e atitudes sexuais associados ao risco para transmissão do HIV do que os HSH sem o comportamento “barebacking”, tais como:

- Múltiplas parcerias sexuais[51];
- Alta probabilidade de prática de sexo desprotegido, tanto na forma passiva como na ativa, com homens de sorologia desconhecida ou discordante, e consequente maior probabilidade de transmissão do HIV e outras DST[49,51];
- Não revelação do status sorológico a parceiros sexuais eventuais[52];
- Maior uso de álcool antes de se engajar em relações sexuais[26,53];
- Uso e abuso mais frequente de drogas[43,49,51,54];
- Menores níveis de compromisso com o sexo seguro[51,53];

- Uso mais frequente da internet para busca de parceiros para práticas sexuais desprotegidas[53].

Estudos sobre as motivações para o comportamento “barebacking” observam justificativas variadas dentre os HSH que buscam o sexo “bareback”, tais como, ser uma forma de expressão de masculinidade[31,55]; ou de conexão íntima com o parceiro; ou de expressão de liberdade em um momento de tanta preocupação com o uso do preservativo; ou de maior estimulação física[56,57]; ou ainda de expressar a fadiga emocional em relação às campanhas de prevenção ao HIV[54,58]; outros autores ainda sugerem um otimismo em relação ao tratamento do HIV, onde os sujeitos sentem-se mais seguros para o não uso do preservativo[59]; ou uma forma de resistência ou transgressão[58]. Da Silva e Iriart, em pesquisa através da Internet (em comunidades de prática “barebacking” no Orkut) com HSH HIV positivos brasileiros no período de 2004 a 2007, constataram que estes homens valorizam a experiência corporal, sensorial, maximizando a estimulação física e o prazer na conexão com o outro[57].

Embora na área da saúde a maior parte das pesquisas se realize para a prevenção da transmissão do HIV, no âmbito da justiça, levantou-se o questionamento acerca da imputabilidade na transmissão do vírus através das relações sexuais, e não há imputação objetiva de delito doloso ou lesões corporais gravíssimas ou seguidas de morte, mesmo que haja a intenção da transmissão do vírus, pois o resultado (a sorologia positiva) não é controlável pelo autor do delito (o portador do vírus) e existe um risco permitido pela outra parte; também não há imputação objetiva de delito culposo porque a imprevisibilidade do resultado (morte) é indefinida e pode ser impedida pelo tratamento medicamentoso[60].

1.1.4 Personalidade, Identidade e Vinculação Afetiva

1.1.4.1 Personalidade

Originalmente, a palavra *persona*, de origem grega, significava a máscara utilizada pelos atores em suas representações teatrais para indicar o papel que desempenhavam. Na psicologia profunda a *persona* é hoje definida como uma máscara da psique coletiva que finge uma individualidade, um acordo entre o indivíduo e a sociedade sobre aquilo que um homem deveria ser[61]. Já a personalidade é um conjunto de características processadas e armazenadas em um indivíduo através da interação entre as disposições naturais deste com as experiências vividas, o que lhe confere uma identidade e um padrão de comportamento[62].

O interesse pela personalidade existe desde a antiguidade. Hipócrates (460-377 a.C.) classificou a personalidade em quatro tipos de acordo com a presença dos quatro humores corporais (sangue, fleuma, bile branca e bile negra). Baseado na teoria de Hipócrates, Galeno (131-200 d.C.) desenvolveu a primeira tipologia do temperamento (sanguíneo, fleumático, melancólico e colérico). Com a descoberta da estrutura do DNA por James Watson e Francis Crick, em 1953, teve início o estudo das raízes biológicas da personalidade, e desde então diversos teóricos estudam a personalidade dentro de um contexto biológico e/ou psicológico[63].

O estudo da personalidade abrange aspectos como: 1) psicodinâmico, em que os teóricos se preocupam com os determinantes inconscientes e conscientes da personalidade; 2) estrutural, no qual o foco principal é a estrutura da personalidade, ou seja, com características que possam resumir um indivíduo; 3) aprendizagem, a

relação com o ambiente; 4) desenvolvimento, como se desenvolve a personalidade; 5) hereditariedade, na qual os fatores hereditários são os determinantes do comportamento[63]. Enfim, existem diversos estudos sobre a personalidade e escolhemos a abordagem com ênfase na estrutura, por ser amplamente utilizada por teóricos que avaliam a personalidade por meio de traços, tipos e dimensões. Segundo Allport, a personalidade é uma organização dinâmica de sistemas psicofísicos do indivíduo que determina os ajustes deste em relação ao ambiente[64]. Ou seja, a personalidade depende de fatores biológicos e psíquicos, determinando a relação do indivíduo com o ambiente.

Na década de 1930, Allport e Odbert criaram uma lista de traços de personalidade a partir do dicionário e identificaram mais de quatro mil palavras que seriam o ponto de partida para uma formalização teórica da personalidade. Traço, segundo Allport, é uma estrutura neuropsicológica que conduz a comportamentos adaptativos e expressivos[64]. Cattell, na década de 1940, a partir da compilação de descritores de Allport criou uma lista de 171 pares antagônicos e através da análise fatorial, que é o meio de determinar a existência de fatores gerais, identificar fatores subjacentes, e então criar um meio de avaliar estes fatores, chegou a 36 traços e concluiu com o desenvolvimento de um modelo com 16 dimensões, o 16 Personality Factors (16 PF). Cattell define traço como sendo uma estrutura mental, uma inferência feita a partir do comportamento observado que explica a regularidade ou consistência neste comportamento[65].

Eysenck criou uma taxonomia hierárquica a partir da análise fatorial em que um traço era o fator primário e um tipo era um fator de segunda ordem, com duas dimensões a princípio:

a) extroversão, que está associada à excitação cortical, é definida como uma orientação que o indivíduo tem para o mundo externo, ligado ao movimento, excitação e riscos; e

b) neuroticismo, associado à ativação do sistema nervoso simpático, é definido como instabilidade emocional; o indivíduo é mais vulnerável ao estresse, ao medo e à ansiedade.

Algum tempo depois, acrescentou a seguinte dimensão: c) psicoticismo, que se relaciona à probabilidade de um episódio psicótico, e em menor grau, à agressividade, e é associada a altos níveis de testosterona; chegando ao Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) do chamado modelo "PEN", abreviatura de psicoticismo, extroversão e neuroticismo. Para Eysenck, traço é um conjunto de comportamentos relacionados que ocorrem repetidamente, e tipo é um construto de ordem superior, compreendendo um conjunto de traços correlacionados[63,66].

Tupes e Christal, na década de 1960, identificaram cinco fatores recorrentes em suas análises de avaliações da personalidade[67], replicados em estudo por Norman durante a mesma década[68]; porém somente nas décadas de 1980 e 1990 que estes fatores foram entendidos independentemente por Digman, Goldberg, McCrae e Costa como dimensões fundamentais da personalidade e tornou-se conhecido como o modelo dos cinco grandes fatores (Five Factors Model – FFM, ou Big Five)[69-71]. O modelo dos cinco fatores é uma organização hierárquica das seguintes dimensões, que globalizam os traços de personalidade:

a) extroversão, relaciona-se à uma vivência maior com o mundo exterior, necessidade de excitação, níveis elevados de energia e atividade;

b) neuroticismo, tendência a vivenciar afetos negativos tais como medo, tristeza, além de impulsividade e vulnerabilidade ao estresse;

c) socialização, tendência do indivíduo em ser compassivo, cooperante e buscar harmonia social através da conscienciosidade;

d) realização, tendência do indivíduo em sentir-se capaz, ordenado, obediente, atencioso e deliberado em suas ações; e

e) abertura a experiências, relacionada à flexibilidade, curiosidade, apreciação e exploração de novas experiências.

Zuckerman inicialmente desenvolveu o modelo de um traço – busca de sensação, com quatro componentes: a) de emoção e aventura, que é a busca de sensações excitantes em atividades de risco; b) de experiências, que é a busca de excitação através da mente, dos sentidos e de um estilo de vida não-conformista; c) de desinibição, definida pela busca de sensações pela estimulação social e através de comportamentos desinibitórios, como beber; e d) de suscetibilidade à monotonia, definida como evitação de atividades monótonas e tediosas[72]. A partir da década de 1990, propôs um modelo psicobiológico geral que explica os traços na concepção da personalidade dos cinco fatores alternativos:

a) busca de sensação impulsiva, envolve a falta de planejamento e tendência a agir impulsivamente, sem pensar, sem preocupação com punição ou recompensa;

b) neuroticismo-ansiedade, envolve preocupações emocionais, tensão, medo, indecisão obsessiva, falta de autoconfiança e sensibilidade à crítica;

c) agressão-hostilidade, refere-se à agressão verbal, comportamento irrefletido ou antissocial, comportamento de vingança, de despeito, irritadiço e de impaciência com o outro;

d) atividade, que reflete uma necessidade de atividade, inquietação e impaciência, além de uma preferência por trabalhos desafiantes e difíceis; e

e) sociabilidade, refere-se à predileção por festas e estar rodeado de muitos amigos e uma intolerância por atividades solitárias ou introvertidas[73], medidos através do Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)[74]. Aluja, Kuhlman e Zuckerman, em 2010, desenvolveram um novo instrumento incluindo quatro facetas para cada fator acima, a fim de enriquecer os fatores gerais dos perfis de personalidade nas avaliações clínicas – Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ)[74].

A busca de sensação, por ser um traço significativamente associado a comportamento sexual de risco, levou Kalichman et al a desenvolverem uma escala a fim de avaliar a busca de sensação especificamente sexual (Sexual Sensation Seeking Scale – SSSS)[75], na qual, a busca de sensação sexual é definida como uma predileção à níveis mais altos de estimulação e excitação sexual, o que prediz comportamento sexual de risco[75].

Já Cloninger propõe um modelo psicobiológico, em que busca integrar as funções mentais como um todo (pensamento, emoção e comportamento) e avaliar a personalidade através de determinantes neurobiológicos e psicossociais, o que implica que um desenvolvimento empobrecido ou inadequado de caráter pode indicar maior risco para alcançar critérios de um transtorno de personalidade ou outras formas de psicopatologias[76]. É um dos modelos de personalidade mais estudados pela psiquiatria e psicologia e que particularmente interessa neste estudo por ser um trabalho de pesquisa dentro de um contexto hospitalar psiquiátrico.

O modelo de personalidade, proposto por Cloninger et al, foi desenvolvido em duas etapas. Inicialmente, o modelo foi baseado em estudos de desenvolvimento neurofarmacológicos e comportamentais de aprendizado em humanos e animais, bem como estudos psicométricos da personalidade em pares de gêmeos, descrevendo três dimensões do temperamento: busca de novidades, esquiva ao dano e dependência de gratificação. O segundo momento se baseou no desenvolvimento cognitivo, social e da personalidade, ampliando a dimensão do temperamento com a persistência e criando a dimensão do caráter que reúne características de auto percepção, percepção do outro e do meio[77]. Assim, temperamento e caráter interagem entre si, em que o primeiro define um modo habitual de expressão afetiva e reatividade, enquanto o segundo faz a adaptação daquele ao meio social[77].

As dimensões de personalidade que envolvem respostas automáticas a estímulos e que refletem pré-conceitos hereditários no processo de aprendizagem se organizam em torno de memórias inconscientes processadas pelo sistema córtico-estriatal que associam percepções e afetos (memória procedural)[62], e se manifestam cedo na vida, sendo pouco influenciadas pelo desenvolvimento. Por essa razão, são chamadas de dimensões de temperamento e foram definidas em relação aos quatro subsistemas cerebrais de aprendizagem procedural (comportamento de ativação, inibição, dependência e persistência) em resposta a: 1) novidade – busca de novidades; 2) perigo e punição – esquiva ao dano; 3) reforço, recompensa – dependência de gratificação; e 4) determinação – persistência[77,78].

Este modelo de personalidade contém ainda as dimensões de caráter. O desenvolvimento do caráter é definido em termos de aprendizagem ou reorganização de autoconceitos, por meio de novas percepções e apreensões nas relações humanas,

que se organizam através de memórias conscientes processadas no sistema córtico-límbico-diencefálico (memória proposicional)[62], onde se desenvolve uma nova resposta adaptativa, baseada em conceitos através de abstração e simbolização. Três aspectos do desenvolvimento de caráter são diferenciados à medida que a pessoa se identifica como: 1) um indivíduo autônomo – autodirecionamento; 2) parte integrante da humanidade e sociedade – cooperatividade; e 3) parte integrante da unidade de todas as coisas (Universo) – autotranscendência[77]. O Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) é o instrumento criado por Cloninger para medir esta construção de temperamento e caráter[77,79-81].

1.1.4.1.1 Temperamento

1.1.4.1.1.1 Busca de Novidades

A dimensão busca de novidades mede como o comportamento é ativado em resposta à novidade, à tomada de decisão impulsiva, extravagância na abordagem a estímulos de recompensa, perda de paciência e evitação da frustração[77]. É altamente similar e correlaciona-se com a busca de sensação, investigada por outros instrumentos, como referido anteriormente[82,83].

1.1.4.1.1.2 Esquiva ao Dano

A segunda dimensão de temperamento está associada à afetividade negativa - esquiva ao dano, que é a inibição ou cessação de comportamentos, frente à

possibilidade de frustração ou ameaça, tais como: preocupação pessimista em relação a problemas futuros; comportamentos de esquiva, como medo da incerteza, timidez frente a estranhos e tendência à fadiga[77].

1.1.4.1.1.3 Dependência de Gratificação

Esta dimensão mede a manutenção ou continuidade de comportamentos, que se manifestam como sentimentalismo, vínculos sociais e dependência e aprovação dos outros, de forma que o indivíduo responda visando à obtenção de prêmio[77] e está associada à afetividade positiva.

1.1.4.1.1.4 Persistência

A quarta dimensão de temperamento, associada à afetividade positiva, mede a capacidade de persistir na realização de tarefas ou em situações diversas, independente de reforços consistentes. Tem como base a determinação[77].

1.1.4.1.2 Caráter

1.1.4.1.2.1 Autodirecionamento

Autodirecionamento refere-se à autodeterminação e à força de vontade, além da habilidade que o indivíduo tem de controlar, regular e adaptar o próprio comportamento de acordo com seus valores e metas. Corresponde às funções

executivas da personalidade, responsáveis pela habilidade de iniciar ou organizar o comportamento através de objetivos, proporcionando autonomia, onde a pessoa percebe-se como um ser integrado e organizado, com maturidade, boa autoestima, com capacidade de reconhecimento de falhas e iniciativa para mudanças, além de um sentido de propósito e significado na vida[77].

A dimensão autodirecionamento mede a identificação do sujeito quanto a responsabilidade, desenvolvimento de habilidades, desembaraço, determinação em metas e objetivos, autoaceitação e coerência nesta aprendizagem[77].

1.1.4.1.2.2 Cooperatividade

A cooperatividade compreende tolerância social, empatia, prestatividade, compaixão e princípios morais, que correspondem aos componentes avaliativos da personalidade[78].

Nesta dimensão de caráter é visto como o individuo se percebe como parte integrante da sociedade como um todo. É avaliada a identificação do sujeito em relação a aceitação, utilidade, generosidade, empatia e compaixão[77].

1.1.4.1.2.3 Autotranscendência

Autotranscendência é definida como o indivíduo se percebe espontaneamente como parte integrante de um todo unificado, associado a um julgamento altruísta e humilde. É uma perspectiva descrita como aceitação, identificação ou união espiritual com a natureza[77,78].

1.1.4.2 Identidade

A identidade, segundo Erikson, é construída continuadamente ao longo da vida. Trata-se de uma concepção de si mesmo composta de valores, crenças e metas, e relaciona-se intimamente à sociedade e à cultura em que o indivíduo está inserido, às características da própria personalidade e às interações com o outro. Inicia-se na infância, através do mecanismo de introjeção (incorporação primitiva da imagem do outro), que depende da relação da criança com os adultos que a cercam; segue-se o mecanismo de identificação, que depende da interação da criança com os adultos que convive; então, a formação da identidade inicia-se na adolescência quando as identificações infantis dão lugar a "... uma nova espécie de identificação, realizada com a absorção da sociabilidade e a aprendizagem competitiva com (e entre) os companheiros de sua idade", conduzindo o jovem à tomada de decisões por si próprio[84]. Assim, a identidade é a percepção subjetiva de si próprio como sendo o mesmo, contínuo no tempo e no espaço, com atitudes e comportamentos consistentes, e percepções estáveis acerca da própria imagem corporal, gênero, autenticidade e etnia[85]. Uma identidade consolidada é quando o indivíduo assume e valoriza o modo em que é parecido ou diferente dos demais, tendo claro suas limitações e habilidades, assumindo um comprometimento com essa identidade[85]. A síndrome da difusão de identidade caracteriza-se pela falta de integração tanto do conceito de si mesmo quanto do outro, conferindo à pessoa uma falta de sentido, de coerência e consistência, dificuldades de julgamento dos próprios valores e comportamentos[86]. Baseados nessa teoria, Samuel e Akhtar entendem que uma identidade bem consolidada exclui a existência de patologias graves e, assim,

desenvolveram o Inventário de Consolidação de Identidade (ICI), com questões que avaliam em conjunto as sete características que compõem a identidade de um indivíduo, segundo Erikson: como o indivíduo se percebe; suas atitudes e comportamentos, sua imagem corporal, gênero, autenticidade, continuidade temporal e etnia[87].

1.1.4.3 Vinculação Afetiva

Bowlby desenvolveu a Teoria do Apego, na qual apego é considerado um mecanismo básico dos seres humanos. O papel do apego no indivíduo envolve o conhecimento de que uma figura do seu relacionamento está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação e da ação do indivíduo em seu ambiente[88]. Segundo o autor, o relacionamento da criança com os pais é instaurado por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Assim, um dos pressupostos básicos da Teoria do Apego é de que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de relacionamento do indivíduo ao longo de sua vida[89]. Através dessa teoria, foram criados modelos de vinculação que determinam os relacionamentos adultos. Três estilos foram identificados em associação com a teoria de Bowlby: segurança, ansiedade/esquiva e ansiedade/dependência[90]. Em 1987, Hazan e Shaver embasaram-se nessa teoria e chegaram aos estilos de vinculação amorosa segura, de esquiva e

ansiosa, que estavam relacionados a experiências afetivas vividas na infância. Sujeitos com vinculação segura embasam seus relacionamentos no conforto na proximidade e dependência do outro; sujeitos com vinculação de esquiva fogem da proximidade e intimidade com a parceria; e sujeitos com vinculação ansiosa têm relacionamentos com preocupação excessiva com sua parceria em relação a amor e abandono[91].

Collins e Read estudaram as correlações dos vínculos em adultos, baseados na teoria de Hazan e Shaver, e desenvolveram uma escala - Escala de Vinculação Adulta (Adult Attachment Scale, AAS) -, a fim de identificar a tendência do indivíduo a formar determinados tipos de laços emocionais com o outro[92], descritos abaixo.

1.1.4.3.1 Vinculação Segura

A vinculação segura significa que a pessoa sente-se confortável com a proximidade e intimidade com o outro[92].

1.1.4.3.2 Vinculação Dependente

No estilo de vinculação dependente, a pessoa se sente confortável em depender do outro e acredita que esse outro está à disposição dela[92].

1.1.4.3.3 Vinculação Ansiosa

Na vinculação ansiosa, o indivíduo sente-se preocupado em ser rejeitado ou abandonado pelo outro e medo de não ser amado[92].

1.1.5 Estudos acerca de Aspectos da Personalidade e Identidade associados ao Comportamento Sexual de Risco em HSH

Hoyle et al, em 2000, realizaram uma revisão sobre personalidade e comportamento sexual de risco envolvendo 53 estudos, sendo que 64% deles investigaram exclusivamente o traço busca de sensação. De acordo com a perspectiva psicobiológica, foram utilizados: 1) o modelo de Eysenck que mede psicoticismo, extroversão e neuroticismo (PEN), apresentando uma associação entre extroversão e encontros sexuais de alto risco, e um efeito moderado do psicoticismo sobre o número de parcerias sexuais e sexo desprotegido; 2) o modelo dos Cinco Fatores Alternativos de Zuckerman et al (ZKPQ) em que a busca de sensação impulsiva foi altamente associada tanto a número de parceiros sexuais quanto a sexo desprotegido, e apenas um estudo encontrou associação entre comportamento sexual de risco e agressão-hostilidade e neuroticismo-ansiedade; 3) o modelo de Cloninger et al (ITC) que foi pouco utilizado, demonstrando associação apenas com busca de novidade; e 4) impulsividade, que recebe atenção única por ter sido medida em diversos estudos de forma exclusiva, que apresentou alta associação com todos os comportamentos sexuais de risco [82].

Ainda no ano 2000, Zuckerman e Kuhlman, utilizando o instrumento ZKPQ, investigaram personalidade e comportamento de risco em seis áreas, sendo uma delas a sexual, e encontraram que busca de sensação impulsiva e agressão-hostilidade predizem comportamento sexual de risco; segundo os autores busca de sensação e impulsividade representam o aspecto de conflito entre risco e recompensa[93]. O indivíduo altamente impulsivo apresenta dificuldades em controlar pensamentos e comportamentos, apresentando altos níveis de comportamento de risco como consequência direta da deficiência do controle do impulso, assim o ganho imediato supera as consequências negativas[94].

Trobst et al, em 2002, pesquisaram a personalidade e uso de preservativo e outros comportamentos de risco para a contaminação pelo HIV através do Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) de Costa e McCrae[95], que operacionaliza o modelo dos cinco fatores (FFM), com 201 participantes potencialmente de alto risco, que faziam parte de um programa de redução de risco para transmissão do HIV no Arkansas. Os pesquisadores encontraram alto neuroticismo, baixa realização e baixa socialização associados a comportamento sexual de risco para a transmissão do HIV[96], o que significa que indivíduos que experienciam altos níveis de sofrimento emocional, principalmente o aspecto relacionado à impulsividade (neuroticismo), dificuldades nas relações interpessoais com alta agressividade (socialização), e que apresentam baixa capacidade de organização, de persistência e de motivação em metas e objetivos (realização), se engajam mais em comportamentos e práticas sexuais de risco[96].

A busca de novidades é o aspecto da personalidade mais pesquisado por estudos sobre o comportamento sexual de risco em geral e em HSH. Alguns autores

demonstraram associação entre busca de sensação sexual e comportamento "barebacking"[43,51,53,54], sugerindo que os indivíduos "barebackers" apresentam uma maior disponibilidade para se colocarem em risco em encontros sexuais[22,53]. Experiências sexuais intensas são fatores relacionados ao comportamento "barebacking"[53]. Outro aspecto associado ao comportamento "barebacking" e relacionado à busca de novidades é que os HSH com comportamento "barebacking" apresentam níveis menores de percepção de responsabilidade para a prática de sexo seguro[22,51,53], principalmente se tratando de sujeitos HIV positivos, por acreditarem que a responsabilidade está nas mãos do parceiro[51]. Halkitis et al também demonstraram que os "barebackers" atuam de maneira mais irresponsável na administração das doses no tratamento do HIV[51], o que está de acordo com o estudo de Reisner et al que indicaram que os "barebackers" apresentam maior nível de otimismo em relação ao tratamento do HIV[44].

Quanto à identidade, apenas Halkitis et al pesquisaram em 12 HSH HIV negativos, autoidentificados como "barebackers", a formação de identidade destes sujeitos, onde encontraram associação entre experiências vividas na infância e adolescência e comportamento "barebacking", concluindo que maiores experiências de perda, sentimentos de solidão e isolamento, e exposição a drogas e sexo nos anos de formação da identidade comprometem a estrutura psicológica dos indivíduos, predispondo-os a um desenvolvimento de comportamentos mal adaptativos como abuso de álcool e drogas e comportamento sexual desprotegido[97].

Crossley, utilizando narrativas autobiográficas e ficcionais de 12 homens gays sobre os anos que antecederam à aids, os anos iniciais da epidemia nos quais os casos diagnosticados com infecção pelo HIV evoluíam rapidamente para o diagnóstico de

aids, e os anos posteriores ao surgimento dos antirretrovirais altamente eficazes, demonstrou que o comportamento “barebacking” pode constituir uma resistência, uma transgressão aos valores sociais dominantes[58]. O estudo populacional de Reisner et al com 227 HSH soronegativos, a fim de investigar comportamentos preditores e identificar o que constitui o comportamento “barebacking” para os HSH não infectados pelos HIV, encontrou associação entre o comportamento “barebacking” com uma atitude transgressiva, uma resistência como núcleo, em que assumir uma postura contra as regras é a busca de uma identificação por meio de um comportamento que é contrário ao convencional. Dessa forma, os praticantes do comportamento “barebacking” se identificariam entre si por meio desta atitude desafiadora e transgressora[43,44].

1.1.6 Comportamento Sexual Compulsivo

O CSC, também denominado na literatura como dependência de sexo[98], impulso sexual excessivo[99] e compulsividade sexual[100,101], é um fenômeno clínico no qual o indivíduo experimenta intensas fantasias e/ou comportamentos sexuais excitantes, que são intrusivos, dirigidos e recorrentes, podendo aumentar em frequência e intensidade, causando prejuízos no funcionamento diário da vida pessoal, social e profissional do indivíduo, visto que ele não consegue ter controle sobre o impulso, o que afeta claramente a sua qualidade de vida[15,16,25,98,102,103], e está associado a alto risco de transmissão do HIV[23-26]. A análise de estudos utilizando as diferentes nomenclaturas encontra quadros clínicos e dados epidemiológicos superponíveis

entre si[104], e para fins do presente trabalho decidiu-se utilizar a denominação comportamento sexual compulsivo.

O CSC é caraterizado por expressões exageradas de uma variedade de comportamentos sexuais, como masturbação compulsiva; busca compulsiva de novas parcerias; sexo com múltiplos parceiros anônimos; consumo exacerbado de filmes ou literatura erótico-pornográfica; uso excessivo da internet para propósitos sexuais: online ou off-line; demasiado gasto de tempo na busca por sexo[16,105-108].

Alguns sintomas associados ao CSC são: baixa autoestima, ansiedade, sentimentos de solidão, problemas de intimidade, habilidade social deficiente, culpa, alta necessidade de busca de sensações[26,109-111].

Pessoas com CSC referem fortes impulsos para o sexo, preocupação com pensamentos sexuais, perda de controle sobre a atividade sexual e gasto desproporcional de tempo com pensamentos e comportamentos sexuais. Referem também uma soma de consequências adversas, tais como: conflitos interpessoais, problemas ocupacionais e sociais, sofrimento emocional, especialmente relacionado à autoestima, problemas financeiros e perda de rendimento no trabalho, além das consequências relacionadas à saúde, como aumento do risco de contaminação pelo HIV e outras DST[100].

Goodman, na tentativa de criar critérios diagnósticos para o CSC, utilizou os critérios diagnósticos para as Dependências de Substâncias do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR – APA), definindo o CSC como comportamentos sexuais exacerbados (repetitivos, muito frequentes) que causam sofrimento e prejuízo clínico significativo[112], manifesto nos últimos 12 meses por três ou mais dos seguintes aspectos:

- Experiência de tolerância diante de práticas sexuais cada vez mais intensas e frequentes, a fim de se obter a mesma satisfação que havia no início do quadro. À medida que a satisfação não ocorre, o ciclo se reinicia;
- Experiência de abstinência caracterizada pela presença de sintomas físicos e/ou psíquicos, quando o comportamento é descontinuado;
- Duração longa e intensidade crescente do comportamento;
- Fracasso em controlar o comportamento;
- Prejuízo das atividades sociais, ocupacionais e recreacionais;
- Continuidade do comportamento, a despeito das consequências adversas;
- Ritual de busca, onde se gasta muito tempo e energia com atividades para obter sexo[112].

Até os dias de hoje, o CSC foi descrito insatisfatoriamente dentro das classificações diagnósticas: na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), encontramos o 'F52.7 Apetite Sexual Excessivo', que, segundo o manual, ocorre geralmente no final da adolescência ou início da vida adulta e inclui satiríase e ninfomania[113]. O DSM-5 traz em 'Transtorno Sexual, sem outra especificação', o sofrimento relacionado a padrões sexuais repetitivos, envolvendo uma sucessão de parcerias sexuais[114]. O DSM-5 foi lançado em 2013 e estava previsto a inclusão do 'Transtorno Hipersexual', cujos critérios definiriam um aumento de intensidade e frequência de comportamentos sexuais não parafílicos associados com consequências adversas significativas[104], onde o indivíduo para preencher o critério A deveria apresentar, ao longo de ao menos seis meses, comportamentos, impulsos e ou fantasias sexuais em associação com pelo menos quatro dos seguintes sub critérios: 1) gasto de tempo excessivo em fantasias ou comportamentos sexuais; 2)

engajamento em tais atividades em resposta a estados de humor disfóricos; 3) engajamento nas atividades citadas, em resposta a eventos estressantes; 4) fracasso na tentativa de controle na redução das atividades sexuais; 5) envolvimento no comportamento ignorando risco físico ou emocional a si mesmo ou a outro; e como critério B o indivíduo deveria apresentar, significativo sofrimento pessoal ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outra área de importante funcionamento, associado com a frequência e intensidade destas fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais[104]. Também incluiria os seguintes comportamentos referidos como problemáticos: masturbação, pornografia, cyber sexo, sexo por telefone, comportamento sexual com consentimento de adultos e frequentar locais de entretenimento como clubes de sexo (APA)[104]; a proposta, porém, não foi aceita por falta de evidências científicas[115].

O CSC inicia-se na adolescência ou no início da idade adulta, e segue um curso crônico com remissões e exacerbações, devido ao desenvolvimento progressivo da condição que segue um ciclo: vontade → falta de controle → estreitamento do repertório comportamental → prejuízo pelas consequências → aumento da duração da condição, podendo conduzir a uma tendência à recaída e propensão à substituição ou comorbidade do comportamento, em que o indivíduo pode se engajar em outros comportamentos compulsivos e/ou impulsivos, tais como: uso de substâncias psicoativas, bulimia e jogo patológico[116].

Existe uma tendência a aumento de interesse sexual durante estados de humor negativo, tais como depressão e ansiedade, principalmente em homens com CSC[111]. O CSC pode funcionar como um mecanismo de alívio da dor, no qual sentimentos negativos provocariam dor e angústia, e a compulsão funcionaria como um

preenchimento da sensação de vazio causado por tais sentimentos[112,117]. Para Goodman, o comportamento compulsivo se origina no sistema de regulação psicobiológica dos estados subjetivos, principalmente dos afetos, em que o indivíduo é impelido às ações externas (compulsivas) para que haja alívio da dor emocional, conduzindo à regulação psíquica[112].

Noll et al ainda afirmam que o CSC pode ocorrer como uma tentativa de reparação de uma experiência sexual traumática, como o abuso sexual na infância[117]. Outros autores também associam a história de abuso sexual na infância ou algum outro tipo de degradação na vida a comportamentos sexuais de risco e impulsividade na vida adulta[109,118,119], o que pode sobrecarregar o sujeito com profundos sentimentos de não legitimidade, vergonha, inferioridade, e conduzir o indivíduo a uma intensa necessidade de reparação pessoal, vivida através da repetição dos eventos traumáticos do abuso, que pode ser uma busca de resolução para o trauma, ou ainda uma identificação com o agressor[120,121]. Indivíduos que sofrem de CSC, além de apresentarem baixa autoestima, demonstram também acentuação dos mecanismos de defesa “negação” e “racionalização”, e conflitos quanto à dependência e controle em seus relacionamentos[116].

Além disso, fatores sociais, como a facilidade de encontrar parcerias sexuais em locais de entretenimento adulto (ex.: clubes de sexo, saunas, cinemas) e a introdução da internet disponibilizando pornografia e encontros sexuais, aumentam o CSC, especialmente para homens homo e bissexuais[119,122,123]. Observa-se que homens homo e bissexuais reportam mais parceiros sexuais do que homens heterossexuais[124]. Homens homo e bissexuais gastam mais tempo com sexo comparado a outros grupos sociais[108] e a disponibilidade de “gays” frequentarem locais como saunas, clubes de

sexo, cinemas é grande, e isto é um facilitador para o desenvolvimento e desencadeamento do CSC em pessoas suscetíveis ao risco[119].

A estimativa do CSC na população norte-americana é de 3 a 6%[112], com predomínio entre homens[107,125,126]. Apesar de ser um comportamento de baixa prevalência, envolve grande vulnerabilidade no risco de transmissão do HIV devido a vários fatores: 1) número elevado de parcerias sexuais[100,127,128]; 2) a impulsividade, quando aumentada, é um fenômeno que inclui perda de controle sobre o comportamento sexual[100,129]; 3) a associação entre CSC e uso de álcool e drogas é elevada[41,42]; 4) a possibilidade de compulsivos sexuais se engajarem em práticas sexuais com outros compulsivos é maior[100]; o que prediz que sujeitos compulsivos sexuais envolvem-se em maior número de relações sexuais desprotegidas[26,41,130-132].

Estudos que investigam o CSC e comportamento "barebacking" em HSH demonstram que, ao se comparar HSH não compulsivos sexuais e HSH compulsivos sexuais, estes últimos experienciam altas taxas de intercurso sexual desprotegido[42,126,133], têm maior número de parcerias sexuais[41], alta busca de sensações[26,75], realizam mais intercursos sexuais sob a influência de drogas[18,41], são mais propensos a não revelarem seu status sorológico aos parceiros sexuais[36], se engajam mais em maratonas sexuais[40], apresentam alta incidência de HIV e DST[130], têm menor responsabilidade quanto ao uso do preservativo[52], menor intenção de redução de riscos[18,131] e maior possibilidade de identificação como "barebacker"[18,26,40,52,130-132,134]. Além destas associações, estes homens, por manterem prolongados estados de excitação sexual, têm a capacidade de percepção de risco diminuída, visto que a excitação sexual diminui a percepção de risco sexual[135].

O “barebacking”, enquanto um comportamento sexual de alto risco, é um dos fatores associados à alta prevalência da transmissão do HIV[136-138]. Pesquisadores têm trabalhado com a teoria de um quadro sindêmico de risco para a transmissão do HIV entre HSH, em um modelo de coocorrência de problemas de saúde psicossociais, como: depressão, abuso sexual na infância, uso de drogas e violência entre parceiros, em que os fatores interagem entre si, aumentando as chances de comportamentos sexuais de risco[139-141]. Fatores como busca de sensação, impulsividade, estigma e vitimização, podem ter um efeito sobre os riscos para o HIV, resultando em uma sindemia entre HSH[141]. Além destes, outro fator importante para o comportamento sexual de risco é o CSC, que pode ser incluído como um fator sindêmico relacionado ao HIV e comportamento sexual de risco entre HSH[142]. Finalmente, estudos com HSH afirmam que o CSC é um fator de influência no comportamento “barebacking”[20-22].

1.2 Justificativa

Os indivíduos que buscam tratamento para o CSC apresentam prejuízos em suas vidas, sejam nos aspectos social, familiar e ou profissional. Portanto, tais indivíduos referem sofrimento, decorrentes dos prejuízos ou pela exposição a que se colocam, favorecendo, por exemplo, a contaminação pelo HIV e outras DST. A transmissão do HIV tem sido considerada a consequência negativa mais grave do CSC em termos de saúde pública. Indivíduos com comportamento “barebacking” têm relevância neste quesito, pois escolhem não usar o preservativo, apresentam mais comportamentos sexuais de risco e maior associação com o CSC. De acordo com a revisão de

literatura exposta acima, a grande maioria dos estudos acerca da personalidade de indivíduos “barebackers” estiveram focados na investigação dos aspectos busca de novidades e impulsividade. Os dados acerca de outros aspectos da personalidade continuam bastante limitados. Da mesma forma, estudos envolvendo instrumentos padronizados para investigação da identidade em indivíduos com comportamento “barebacking” não foram localizados em nossa revisão. Esta escassez de dados acerca da personalidade e identidade justificou a realização do presente estudo.

Assim sendo, foi delineado um estudo sobre o comportamento “barebacking” em HSH que buscaram tratamento para a compulsividade sexual no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). O ambulatório foi criado em 2006, a partir de uma demanda de busca por tratamento em compulsividade sexual tanto no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) quanto no Programa do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (ProAMITI). Propusemos um estudo com amostra de HSH compulsivos sexuais, no qual foram analisados dados acerca da prevalência do status sorológico HIV, e frequência do comportamento “barebacking”, bem como a associação com fatores da personalidade e identidade, pela primeira vez, em nosso meio.

1.3 Hipóteses

Indivíduos HSH compulsivos sexuais com comportamento “barebacking”, comparados a HSH compulsivos sexuais sem comportamento “barebacking” apresentam:

- Prevalência mais elevada de infecção pelo HIV;
- Mais comportamento sexual de risco;
- Maior severidade do CSC;
- Mais otimismo em relação ao tratamento da infecção pelo HIV;
- Comprometimento em aspectos da personalidade, como: maior impulsividade e busca de novidades, menor esquiva ao dano, menor necessidade de gratificação dos outros, e menor autodirecionamento;
- Menor consolidação da identidade;
- Menor capacidade de uma vinculação afetiva segura.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Estimar em amostra de HSH que buscaram tratamento para compulsividade sexual no IPq-HC-FMUSP, a frequência de comportamento “barebacking”.

2.2 Específicos

Investigar a associação do comportamento “barebacking” com:

- Infecção pelo HIV (referido);
- Comportamento sexual de risco;
- Severidade do CSC;
- Otimismo em relação ao tratamento da infecção pelo HIV;
- Certos traços de personalidade (impulsividade e busca de novidades, esquiva ao dano, necessidade de gratificação dos outros, autodirecionamento);
- Consolidação da identidade;
- Capacidade de uma vinculação afetiva segura.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Estudo observacional, transversal.

3.2 População

A amostra foi constituída, por conveniência, de homens que fazem sexo com homens (HSH), de orientação homo ou bissexual, maiores de 18 anos, que buscaram o Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo do IPq-HC-FMUSP a fim de tratamento para o CSC.

3.2.1 Seleção da Amostra

Foram selecionados os pacientes do Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo que faz parte de dois Programas do IPq: o Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) e o Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (ProAMITI). Os portadores de CSC do ProAMITI apresentam comorbidade com um quadro de transtorno do controle dos impulsos ou dependência de álcool ou drogas, enquanto que os do ProSex não apresentam comorbidades com outros transtornos do controle dos impulsos ou com dependência ao álcool ou às drogas. Foram selecionados aqueles que preenchiam critérios da CID – 10[113] para F 52.7 – Apetite

Sexual Excessivo e os critérios de Goodman para dependência de sexo. O período de seleção da amostra ocorreu entre fevereiro de 2011 a setembro de 2012.

A identificação dos participantes com comportamento “barebacking” foi realizada por meio do Instrumento de Avaliação do Risco associado ao Comportamento Sexual (onde referiram o não uso do preservativo na maioria das relações sexuais anais com parceiros eventuais, mais precisamente, em75% das vezes ou mais, nos últimos seis meses), e a intencionalidade do não uso do preservativo foi investigada em entrevista com a pesquisadora.

3.2.1.1 Critérios de Inclusão

- Brasileiros,
- Alfabetizados,
- Nível cognitivo satisfatório para compreender e responder os instrumentos autorresponsivos.

3.2.1.2 Critérios de Exclusão

- Sujeitos que preenchiam critérios diagnósticos para:

✓ Transtornos de preferência (CID-10 F65),

✓ Transtorno de identidade sexual (CID-10 F64),

✓ Esquizofrenia (CID-10 F20),

✓ Estado de hipomania ou mania do transtorno afetivo bipolar (CID-10 F30.0, F31.0, 31.1. e 31.2),

✓ E outros transtornos mentais devido à lesão ou disfunção cerebral ou à doença física (CID -10 F 0.6).

No total, 61 participantes foram selecionados, mas seis foram excluídos por desistência do tratamento e, consequentemente, não terem completado o preenchimento dos instrumentos.

Foram incluídos, portanto, 55 HSH, os quais foram divididos em dois grupos:

✓ O primeiro grupo foi composto de 21 HSH compulsivos sexuais com comportamento “barebacking”, ou seja, que escolhem manter relações sexuais sem o uso do preservativo, e

✓ O segundo grupo composto de 34 HSH compulsivos sexuais sem comportamento “barebacking”, ou seja, que fazem uso do preservativo na maioria das vezes em suas relações sexuais.

3.3 Procedimentos

Primeiramente, obteve-se a aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HC-FMUSP (CAPPesq) onde o projeto foi registrado com o número 686/10.

Os HSH que buscaram tratamento para o CSC no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo, foram submetidos aos seguintes procedimentos:

- Avaliação psiquiátrica, para verificação dos critérios de elegibilidade (critérios de dependência de sexo de Goodman e de Impulso Sexual Excessivo da CID 10, diagnósticos de exclusão pela CID 10, nível cognitivo);

- Convite para participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Resposta aos Instrumentos de Pesquisa Autorresponsivos. O tempo de preenchimento dos instrumentos foi de aproximadamente 70 minutos;
- Entrevista estruturada com a pesquisadora investigando aspectos sociodemográficos e a intencionalidade quanto ao não uso do preservativo na maioria das relações anais nos últimos seis meses.

A todos os participantes foi garantida a confidencialidade dos dados e anonimato.

3.4 Instrumentos de Pesquisa

3.4.1 Instrumento de Investigação Sociodemográfica

Instrumento utilizado francamente em pesquisas no Instituto de Psiquiatria por diversos grupos como o ProAMITI, e foi adaptado para uso no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo; investiga aspectos sociodemográficos, nível socioeconômico, religião, história familiar de dependência a substâncias e dependências comportamentais, histórico de transtornos mentais e funcionamento familiar disfuncional. No presente estudo, investigaram-se os seguintes dados: idade (apresentado em quartis e média), estado civil legal, renda (mediana), orientação sexual, raça e grau de escolaridade.

3.4.2 Entrevista Breve para Diagnóstico de Transtornos Mentais – "Mini International Neuropsychiatric Interview" (MINI)

Entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10 e validado para uso no Brasil por Amorim[143]. Investiga transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos induzidos por uso de substâncias e transtornos psicóticos. Os índices de confiabilidade do MINI foram globalmente satisfatórios comparados a vários critérios de referência (CIDI, SCID-P, opinião de peritos), em diferentes contextos (unidades psiquiátricas e centros de atenção primária). O MINI mostrou qualidades psicométricas similares às de outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas, permitindo uma redução de 50% ou mais no tempo da avaliação[143]. Foram utilizados os diagnósticos de abuso e dependência ao álcool e de abuso e dependência a drogas.

3.4.3 Questionário autorresponsivo com perguntas complementares

Formulado a partir do estudo de Berquo et al sobre Percepções do HIV/aids na população brasileira para o Ministério da Saúde[144]. Investiga o conhecimento, atitudes e percepções acerca dos modos de transmissão do HIV/AIDS, com perguntas com pontuação que variam de 1 a 5, do tipo likert. Investiga o conhecimento e atitudes sobre o comportamento "barebacking", com base nos estudos de Bauermeister et al[145], com perguntas objetivas sobre o uso de preservativo, uso de álcool e drogas durante o sexo. Investiga histórico de DST e HIV. No presente trabalho, foram utilizados os dados acerca de histórico de testagem

sorológica para o HIV através da pergunta “Você já realizou o teste de HIV alguma vez na sua vida?” e o status sorológico referido, através da pergunta “Você é portador do vírus HIV?”, com alternativas de respostas SIM ou NÃO.

3.4.4 Inventário de Consolidação de Identidade (ICI) – “Identity Consolidation Inventory” (ICI)

Instrumento de Samuel e Akhtar[87], baseado na Síndrome de Difusão de Identidade, que fundamenta os transtornos de personalidade, incluindo personalidades narcísica, borderline, esquizóide, paranóide e anti-social. O ICI foi construído a fim de incluir as sete características que constituem uma identidade bem consolidada, descritas por Erikson: 1) visão de si-mesmo subjetiva; 2) atitudes e comportamentos consistentes; 3) imagem corporal estável; 4) gênero, 5) autenticidade; 6) continuidade temporal; e 7) etnicidade e consciência[85]. São 35 declarações sobre as características da identidade, sendo cinco para cada característica especifica, onde o participante é convidado a responder o quanto cada declaração condiz com ele. Os escores são do tipo likert, em uma variação de 1 – nada verdadeiro a 5 – muito verdadeiro. Foi utilizada a pontuação total, como uma variável contínua no estudo original, desenvolvido em Filadélfia, Estados Unidos. Escores totais mais altos representam menor consolidação da identidade. A escala originalmente foi aplicada em três grupos: o grupo de controles normais (N = 238; M = 74,5; D.P. = 13,7), o grupo de sujeitos classificados como borderlines (N = 80; M = 93,5; D.P. = 20,0) e o grupo com sujeitos classificados como personalidades múltiplas (N = 13; M = 122,6; D.P. = 14,4). A escala apresenta consistência interna

(alpha de Cronbach) de 0,97 para o grupo normal e 0,99 para o grupo borderline. Foi traduzida e adaptada para uso no Brasil neste estudo.

3.4.5 Escala de Vinculação de Adulto – "Adult Attachment Scale" (AAS)

Instrumento de Colllins e Read[92] e Collins[146] que avalia o tipo de vínculo afetivo formado pelo indivíduo, com base na Teoria do Apego de Bowlby[89], em que o laço emocional que se desenvolve entre a criança e seus cuidadores determinará o modelo de vinculação afetiva na vida adulta, considerando três principais respostas emocionais, compondo os seguintes domínios: vinculação segura (os itens da escala medem quanto o indivíduo sente-se confortável com a proximidade e intimidade no relacionamento), vinculação ansiosa (itens que refletem a ansiedade no relacionamento, como medo de ser abandonado e não ser amado) e vinculação dependente (os itens se referem a quanto o indivíduo confia e espera que o outro esteja disponível para ele quando necessário). São 18 afirmativas sobre relacionamento afetivo, divididos igualmente nos três grupos. Os escores são do tipo likert, onde 1 significa discordo fortemente e 5 concordo fortemente, sendo uma variável contínua. A pontuação varia de 6 a 30 em cada domínio (M = 18,3; D.P. = 4,7 para vinculação dependente; M = 16,2; D.P. = 5,1 para vinculação ansiosa; e M = 21,2; D.P. = 4,8 para vinculação segura). Apresenta consistência interna (alpha de Cronbach) para os três domínios de vinculação dependente, ansiosa e segura de 0,75; 0,72 e 0,69 respectivamente[92]. Foi utilizado o domínio vinculação segura neste trabalho. A escala foi traduzida e adaptada para uso no Brasil neste estudo.

3.4.6 Escala de Compulsividade Sexual – "Sexual Compulsivity Scale" (SCS)

Desenvolvida por Kalichman et al[75] e Kalichman e Rompa[26] para avaliar tendências a cognições sexuais recorrentes e hipersexualidade. Os itens foram inicialmente derivados de descrições de sujeitos que se identificam como sendo adictos sexuais. A escala tem sido utilizada para prever frequências de comportamentos sexuais, número de parcerias sexuais, práticas de comportamentos sexuais diversos e história de DST. Apresenta 10 frases sobre o comportamento sexual em uma escala likert, com uma variação de 1 – não se aplica de modo algum a mim a 4 – se aplica muito a mim. É uma variável contínua, apresentando um total de 10 a 40 pontos, sendo que valores mais altos indicam maior possibilidade de compulsividade sexual, e o ponto de corte estabelecido para a compulsividade sexual é $\geq$ 24. Apresenta alpha de Cronbach de 0,89 originalmente e foi traduzida e adaptada para uso no Brasil com posterior estudo de propriedades psicométricas, revelando elevada consistência interna (alpha de Cronbach = 0,95)[147].

3.4.7 Escala de Otimismo/Ceticismo no contexto dos Tratamentos do HIV – "Scale of optimism/scepticism in the context of HIV treatments"

Instrumento de Van de Ven et al[148], que avalia a percepção do indivíduo em relação ao HIV e à gravidade da doença. Consiste em 12 questões sobre atitudes a respeito do teste de carga viral e novos tratamentos para o HIV, do tipo likert, com variação de 1 – discordo totalmente a 4 – concordo totalmente, com resultados que variam de 12 (mais céticos) a 48 pontos (mais otimistas). O estudo original utilizou o

escore total (M = 19,8; D.P. = 4,7). Apresenta alpha de Cronbach de 0,79[148]. O instrumento foi traduzido e adaptado para uso no Brasil[149].

3.4.8 Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) – "Temperament and Character Inventory" (TCI)

Instrumento criado por Cloninger et al[77], utilizado e validado em diversos países, como Holanda, França, Suécia, Inglaterra, Polônia e Turquia, traduzido e validado para uso no Brasil por Fuentes[81]. O inventário abrange sete dimensões, divididas em fatores, sendo quatro dimensões pertencentes ao domínio de temperamento, a saber:

a) Busca de Novidades (BN): BN1 – excitabilidade exploratória *vs* rigidez,
BN2 – impulsividade *vs* reflexão,
BN3 – extravagância *vs* reserva,
BN4 – desordenação *vs* organização;

b) Esquiva ao Dano (ED): ED1 – preocupação antecipatória *vs* otimismo,
ED2 – medo da incerteza *vs* confiança,
ED3 – timidez *vs* sociabilidade,
ED4 – fadigabilidade e astenia *vs* vigor;

c) Dependência de Gratificação (DG): DG1 – sentimentalismo *vs* insensibilidade,
DG2 – realocado (PE),
DG3 – apego *vs* desapego,
DG4 – dependência *vs* independência;

d) Persistência (PE): persistência *vs* falta de determinação.

E outras três dimensões referentes ao domínio de caráter, a saber:

a) Autodirecionamento (AD): AD1 – responsabilidade *vs* atribuição de culpa a outrem,

AD2 – determinação *vs* metas não objetivas,

AD3 – desembaraço *vs* apatia,

AD4 – autoaceitação *vs* autorrecusa,

AD5 – segunda natureza congruente;

b) Cooperatividade (C): C1 – aceitação social *vs* intolerância,

C2 – empatia *vs* desinteresse social,

C3 – utilidade *vs* inutilidade,

C4 – compaixão *vs* vingança,

C5 – generosidade *vs* egoísmo;

c) Autotranscendência (AT): AT1 – altruísmo *vs* autoconsciência,

AT2 – identificação transpessoal,

AT3 – aceitação espiritual *vs* materialismo.

É um questionário com 240 afirmações com respostas do tipo Verdadeiro ou Falso. É analisado através da "TCI Scoring Key" de Cloninger, na qual se obtém os valores de cada uma das dimensões e seus respectivos fatores. O ITC possibilita o diagnóstico diferencial de transtornos de personalidade e outros transtornos psiquiátricos. Apresenta consistência interna (alpha de Cronbach) das dimensões na versão original e na validação brasileira: BN – 0.78 e 0.74; ED – 0.87 e 0.81; DG – 0.76 e 0.71; P – 0.65 e 0.43; AD – 0.86 e 0.90; C – 0.89 e 0.80; AT – 0.84 e 0.92[81]. Foram utilizadas as seguintes dimensões do temperamento: busca de novidades, em que os escores variam de 0 a 40 (M = 17,2; D.P. = 5,7 na amostra brasileira); esquiva

ao dano – escores variam de 0 a 35 (M = 14,9; D.P. = 5,7) e dependência de gratificação com escores que variam de 0 a 24 (M = 15,8; D.P. = 4,1); e utilizamos do domínio de caráter a dimensão autodirecionamento, com escores variando de 0 a 44 (M = 32,6; D.P. = 7,8).

3.4.9 Instrumento de Avaliação de Risco no Comportamento Sexual

O instrumento foi desenvolvido por Scanavino et al[150] a fim de investigar a exposição ao risco de transmissão do HIV nos últimos seis meses; particularmente investiga a frequência sexual, o tipo de relação sexual, relacionamento com parceiro estável e eventual, uso ou não do preservativo, conhecimento acerca do status sorológico da parceria. Neste estudo, utilizou-se o dado acerca da frequência do uso do preservativo nas relações sexuais anais com parceiros eventuais, através da pergunta "Qual a frequência do uso de preservativos nessas relações?" com as seguintes alternativas de respostas: "1) não uso, 2) até 25%, 3) de 26 a 50%, 4) de 51 a 75%, e 5) de 76 a 100%.

3.5 Análise Estatística

Para testar as hipóteses do estudo, foram feitas análises com base na comparação dos grupos HSH compulsivos sexuais com comportamento "barebacking" e sem comportamento "barebacking". As variáveis testadas foram:

- Frequência de comportamento "barebacking" entre HSH compulsivos sexuais, com base na questão sobre a frequência do uso do preservativo nas

relações sexuais anais com parceiros eventuais do Instrumento de Avaliação de Risco no Comportamento Sexual[150];

- Severidade do CSC com base no escore total da Escala de Compulsividade Sexual[26,75];
- Diagnóstico de transtorno associado ao uso de drogas e álcool, com base na Entrevista Breve para Diagnóstico de Transtornos Mentais [143];
- Nível de percepção da gravidade/severidade da aids e o grau de otimismo ao tratamento do HIV, com base no escore total da Escala de Otimismo/Ceticismo no Contexto dos Tratamentos do HIV[148];
- Necessidade por busca de novidades e impulsividade, com base na dimensão Busca de Novidades do Inventário de Temperamento e Caráter[77];
- Percepção de danos, baseada na dimensão Esquiva ao Dano do Inventário de Temperamento e Caráter[77];
- Dependência de gratificação, com base na dimensão Dependência de Gratificação do Inventário de Temperamento e Caráter[77];
- Autonomia por meio do escore da dimensão Autodirecionamento do Inventário de Temperamento e Caráter[77];
- Consolidação da Identidade por meio do escore total do Iinventário de Consolidação de Identidade[87];
- Capacidade de formação de vínculo afetivo do tipo seguro, por meio do escore referente ao domínio equivalente na Escala de Vinculação de Adulto[92];
- Prevalência de infecção pelo HIV autorreferida, investigada no Questionário com Perguntas Complementares.

As variáveis inicialmente foram descritas por cálculos de proporções para as variáveis categóricas, e por média e desvio padrão para as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram comparadas nos grupos pelo do teste do Qui quadrado e as variáveis contínuas por meio do teste “t de student” para verificar a homogeneidade entre os grupos (no caso de variáveis que apresentarem normalidade). Com a finalidade de isolar fatores confundidores e observar variáveis com efeito independente com relação à variável desfecho (comportamento “barebacking”) foram realizadas a regressão logística univariada seguida da regressão logística múltipla, sendo utilizada como medida de efeito a razão de chances (“Odds Ratio” – OR) bruta e ajustada. As variáveis que apresentaram associação na análise univariada foram incluídas para ajuste no modelo de regressão múltipla construída por meio do método “backward stepwise”, na qual todas as variáveis foram incluídas e retiradas uma a uma de acordo com o ajuste geral do modelo verificado pelo cálculo de significância por meio do teste de razão de verossimilhanças.

As análises foram feitas no programa STATA, versão 11.0 e foi utilizado nível de significância de 5%, sendo que resultados entre 5% e 10% foram descritos como tendência à diferença estatística, e poder estatístico de 80%.

4. RESULTADOS

Desde o inicio de 2011, todos os HSH que procuraram o Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo no IPq-HC-FMUSP e alcançaram os critérios diagnósticos para CSC (CID-10 = F52.7 Apetite Sexual Excessivo; Dependência de Sexo pelos critérios de Goodman), foram convidados a participar da pesquisa (n=61). Destes, seis desistiram do tratamento no ambulatório e não concluíram a investigação, permanecendo 55 participantes, dos quais 21 (38%) foram identificados como HSH compulsivos sexuais com comportamento "barebacking", e 34 (62%) como HSH compulsivos sexuais sem comportamento "barebacking". Portanto a frequência de comportamento "barebacking" nesta amostra é de 38% (IC95% = 25% – 51%).

4.1 Características da Amostra

Dos 55 HSH, 35 informaram manter relações sexuais exclusivamente com outros homens (orientação homossexual) e 20 informaram manter relações sexuais com homens e mulheres (orientação bissexual). Mais homossexuais do que bissexuais apresentaram comportamento "barebacking" (p = 0,007); a idade variou entre 23 e 72 anos em geral (M = 34,98; D.P. = 8,5), sendo que nos sujeitos com comportamento "barebacking" variou entre 25 e 49 anos (M = 34,8; D.P. = 6,82). Quanto à raça, a maior parte é branca. Em relação ao estado civil legal, 78% da amostra como um todo referiu ser solteira, porém mais indivíduos com comportamento "barebacking" informaram este estado civil quando comparados com indivíduos sem comportamento "barebacking" (p = 0,009). Sete homens (13%) da

amostra total vivem em união estável em parceria homoafetiva, sendo que destes, 5 (71%) apresentam comportamento "barebacking" (p = 0,05). Os participantes apresentam em média 15 anos de educação formal (D.P. = 3,6), com uma variação de seis a 24 anos de estudo, numa distribuição em que 55% dos participantes possuem ensino superior completo e/ou pós-graduação, não apresentando diferença de acordo com a presença ou não do comportamento "barebacking". Também não se observou diferença entre os grupos quanto à renda familiar mensal (Md = R$ 3000,00 IC95% = 2000-4000). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes, de acordo com cada grupo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de HSH[1] compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking", Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo do IPq-HCFMUSP[2]– 2012

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" N (%)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" N (%)	TOTAL N (%)
Orientação Sexual:			
Homossexual	17 (50,0)	18 (85,7)	35 (63,6)
Bissexual	17 (50,0)	03 (14,3)	20 (36,4)*
Idade:			
18 a 29 anos	10 (29,4)	05 (23,8)	15 (27,3)
30 a 34 anos	06 (17,7)	07 (33,3)	13 (23,6)
35 a 39 anos	08 (23,5)	04 (19,0)	12 (21,8)
Acima de 40 anos	10 (29,4)	05 (23,8)	15 (27,3)
Raça:			
Branca	24 (70,6)	14 (66,7)	38 (69,1)
Não branca	10 (29,4)	07 (33,3)	17 (30,9)
Estado Marital:			
Casados ou em união homo afetiva	10 (29,4)	05 (23,8)	15 (27,3)
Solteiros e divorciados	24 (70,6)	16 (76,2)	40 (72,7)
Escolaridade:			
Até médio completo	05 (14,7)	03 (14,3)	08 (14,5)

continua

Tabela 1 – Características sociodemográficas de HSH[1] compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking", Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo do IPq-HC-FMUSP[2]– 2012 conclusão

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" N (%)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" N (%)	TOTAL N (%)
Superior incompleto	09 (26,5)	08 (38,1)	17 (30,9)
Superior completo	14 (41,2)	06 (28,6)	20 (36,4)
Pós-graduação	06 (17,7)	04 (19,0)	10 (18,2)
TOTAL	34 (61,8)	21 (38,2)	55 (100,0)

NOTA: *teste exato de Fisher
*p < 0,05
(1) Homens que fazem sexo com homens
(2) Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

4.2 Comportamento Sexual Compulsivo

O grupo com comportamento "barebacking" apresentou uma média de escores com uma tendência maior de CSC do que o grupo sem comportamento "barebacking", não apresentando diferença significativa ($p = 0,09$; $t_{(53)} = 1.74$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Comportamento Sexual Compulsivo dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking"– 2012

COMPORTAMENTO SEXUAL COMPULSIVO	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	VALOR DE P	OR (IC 95%)
Severidade do CSC[1]	31,41 (4,74)	33,71 (4,77)	0,09	1,11 (0,98-1,26)

(1) Comportamento Sexual Compulsivo

4.3 Diagnóstico de Transtorno relacionado ao uso de Álcool e Drogas

Comparando os grupos de HSH compulsivos sexuais sem o comportamento "barebacking" e com o comportamento "barebacking", os transtornos relacionados ao uso do álcool foram apresentados respectivamente por 4 (11,8%) e 2 (9,5%) ($x^2(1) = 0,07$; $p = 0,80$); e os transtornos relacionados ao uso de substâncias estiveram presentes em 4 (11,8%) e 3 (14,3%) ($x^2(1) = 0,07$; $p = 0,79$), portanto, sem diferença estatística significante entre os grupos.

4.4 Percepção da gravidade do HIV/aids e o grau de Otimismo quanto ao Tratamento

Não se observou diferença estatística significante entre os grupos quanto à percepção da gravidade da aids e o grau de otimismo em relação ao tratamento oferecido aos portadores do HIV (Tabela 3), ($p = 0,21$; $t_{(53)} = 1,25$).

Tabela 3 – Percepção do HIV/aids dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking"– 2012

PERCEPÇÃO DO HIV/AIDS	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	VALOR DE P	OR (IC 95%)
Otimismo tratamento do HIV				
	20,00 (5,14)	21,85 (5,62)	0,21	1,07 (0,96-1,18)

4.5 Características de Identidade e Personalidade

Não houve diferença estatística significante, porém com uma tendência à associação quanto a problemas na consolidação da identidade entre o grupo dos HSH com comportamento "barebacking" e os sem o comportamento "barebacking", ($p = 0,07$; $t_{(53)} = 1,82$) (Tabela 4).

Os HSH com comportamento "barebacking" apresentaram uma média de escores na dimensão autodirecionamento significativamente mais baixa do que os HSH sem o comportamento "barebacking" ($p < 0,001$; $t_{(53)} = 4,34$). Já nas dimensões busca por novidades, esquiva ao dano e dependência de gratificação, os resultados não apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,06$; $t_{(53)} = 1,94$; $p = 0,27$; $t_{(53)} = 1,10$ e $p = 0,52$; $t_{(53)} = 0,65$, respectivamente), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Características de Identidade e Personalidade dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012

IDENTIDADE E PERSONALIDADE	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	VALOR DE P	OR (IC 95%)
Identidade (ICI[1])				
	98,26 (15,64)	106,23 (16,00)	0,07	1,03 (0,99-1,06)
Caráter (ITC[2]):				
Autodirecionamento				
	23,85 (7,44)	15,28 (6,50)	< 0,001	0,84 (0,76-0,93)
Temperamento (ITC[2]):				
Busca de novidades				
	22,35 (5,95)	25,47 (5,57)	0,06	1,10 (0,99-1,21)
Esquiva ao dano				
	17,70 (5,71)	19,57 (6,67)	0,27	1,05 (0,96-1,15)
Dependência de gratificação				
	14,35 (4,09)	15,09 (4,20)	0,52	1,04 (0,91-1,20)

(1) Inventário de Consolidação de Identidade
(2) Inventário de Temperamento e Caráter

4.6 Vinculação Afetiva

Analisando os HSH sem e com o comportamento "barebacking", não se observou diferença estatística significante entre os escores acerca do domínio vinculação segura, referente a formação de laços emocionais, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Tipos de vínculos afetivos dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012

TIPOS DE VINCULAÇÃO	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" Média (DP)	VALOR DE P	OR (IC 95%)
Segura	18,09 (3,22)	17,28 (3,41)	0,38	0,93 (0,78-1,10)

4.7 Prevalência de HIV

Dos 55 participantes, somente um informou não ter realizado a testagem de sorologia para o HIV, pertencente ao grupo sem comportamento "barebacking". Dos 54 que realizaram o teste, 11 (20,37%) são portadores do HIV, sendo nove do grupo com comportamento "barebacking" e dois do grupo sem comportamento "barebacking", conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Sorologia de HIV referida por HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento "barebacking" – 2012

SOROLOGIA HIV N = 54	HSH SEM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" N (%)	HSH COM COMPORTAMENTO "BAREBACKING" N (%)	TOTAL N (%)	VALOR DE P
Portador:				
Sim	02 (18,18)	09 (81,82)	11 (100,00)	
Não	31 (72,09)	12 (27,91)	43 (100,00)	
Total	33 (61,11)	21 (38,89)	54 (100,00)	0,001

Quanto à prevalência do HIV no grupo com comportamento “barebacking”, observou-se que 42,86% (IC95% = 25%-51%) deles são soropositivos.

4.8 Regressão Logística Múltipla

Realizada a regressão logística múltipla, as variáveis orientação sexual e autodirecionamento mantiveram-se associadas ao comportamento “barebacking” no modelo, demonstrando assim possuírem efeitos independentes e serem preditoras do comportamento “barebacking”, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Valor de P (P), Intervalo de Confiança (IC 95%), Odds Ratio (OR) bruto e ajustado mediante o modelo de regressão logística dos HSH compulsivos sexuais, sem e com comportamento “barebacking” – 2012

VARIÁVEIS	OR BRUTO	OR AJUSTADO	IC 95%	VALOR DE P	VARIAÇÃO*
Autodirecionamento	0,84	0,83	0,74-0,93	0,001	-0,01
Orientação bissexual	0,41	0,33	0,14-0,77	0,01	-0,08
Busca de Novidade	1,10	1,00	0,87-1,14	0,99	-0,10
Comportamento sexual compulsivo	1,11	1,02	0,87-1,21	0,78	-0,09
Identidade	1,03	0,99	0,95-1,04	0,88	-0,04

5. DISCUSSÃO

A frequência de comportamento “barebacking” encontrada neste estudo (38%) é semelhante à descrita em diversos outros estudos populacionais com HSH. Por exemplo, Halkitis et al, a fim de examinar a frequência de comportamento “barebacking” em um estudo transversal com 448 HSH na cidade de Nova Iorque, encontram uma frequência de 45,5%[54]. Leobon et al, em pesquisa online com 13.901 HSH que buscam parceiros em websites, na França, onde comparam HSH com sorologia positiva e negativa do HIV, encontram uma frequência de 30,5% de comportamento “barebacking”[151]. Berg conduziu uma pesquisa de desenho transversal com 240 HSH usuários da Internet que vivem nos Estados Unidos, a fim de explorar o comportamento “barebacking” e 39,2% praticam sexo “bareback”[53]. Halkitis et al, em estudo controlado com 1168 HSH soropositivos em tratamento em dois centros americanos (São Francisco e Nova Iorque), encontram que 27,2% dos homens se identificam como “barebackers”[51]. Porém, outros estudos relatam frequências menores que estas, a saber: Mansergh et al, em estudo transversal em uma amostra de conveniência em São Francisco, com o objetivo de investigar frequência e fatores associados ao comportamento “barebacking”, demonstram que 10% de um total de 554 HSH praticam sexo “bareback”[43]. Parsons e Bimbi, em pesquisa populacional de corte transversal, investigaram entre 687 HSH a frequência de comportamento “barebacking”, com um resultado de 12%[21]. Também um estudo transversal sobre o uso da internet e a prática de sexo desprotegido, com 1178 HSH em Los Angeles e Nova Iorque, Grov et al encontram uma frequência de 13% em comportamento “barebacking”[48]. Os estudos com estimativas de frequências mais

elevadas foram realizados por meio de pesquisa online; nos demais, a pesquisa se realizou de forma presencial. A presença elevada do comportamento “barebacking” encontrada neste estudo pode ser explicada por se tratar de amostra de compulsivos sexuais que buscaram tratamento; tais amostras geralmente são compostas por indivíduos com elevada severidade do CSC, diversos comportamentos sexuais compulsivos problemáticos referidos e elevada presença de comorbidades psiquiátricas[152]. Não foram encontrados estudos com desenho semelhante para fins de comparação.

Encontraram-se poucos estudos no Brasil relacionados ao comportamento sexual de risco (sexo desprotegido) específicos entre HSH. Silva, Gonçalves et al realizaram um estudo transversal com 155 HSH soronegativos jovens (18 a 30 anos) de São Paulo, em locais de socialização e lazer, sobre a percepção da aids, tratamento com antirretroviral e comportamento sexual, e afirmam que 18,1% relatam a prática de sexo anal com parceiro casual sem o uso do preservativo[153]. Gondim e Kerr-Pontes, em pesquisa de corte transversal com 400 HSH residentes em Fortaleza, relatam que 47% deles praticaram sexo desprotegido nos últimos seis meses anteriores à entrevista[154]. Brignol e Dourado realizaram um questionário sociocomportamental online com 533 HSH usuários de sites gay, e a prática de sexo anal desprotegido no último ano é de 30,8%, com uma média de 23 parceiros nos últimos 12 meses[155]. Veras coordenou pesquisa com 1217 HSH no centro da cidade de São Paulo a fim de conhecer os comportamentos e práticas sexuais e prevalência do HIV entre eles, e encontrou que 25,3% não usaram preservativo na última relação sexual anal e 10,5% não fizeram uso nos últimos seis meses[156].

De maneira geral, todos os estudos neste campo encontram associação entre CSC e comportamento “barebacking”. Halkitis et al, em estudo controlado com 1168 HSH soropositivos em tratamento em dois centros americanos (São Francisco e Nova Iorque), encontram que os “barebackers” apresentam níveis mais altos de CSC ($p = 0,003$)[51]. Da mesma forma, Parsons e Bimbi, em pesquisa populacional de corte transversal, investigaram entre 687 HSH os fatores relacionados ao “barebacking”, e os HSH “barebackers” apresentam maior prevalência em CSC ($p < 0,05$)[21]. No Brasil, não foram encontrados trabalhos com HSH que medissem a compulsividade sexual. Diferente dos estudos descritos acima, no presente estudo observou-se apenas uma tendência a diferença estatística ($p = 0,09$), o que se deve provavelmente à baixa variância e elevada severidade do CSC do grupo como um todo ($M = 32,3$; D.P. = 4,8), decorrente do desenho do estudo, envolvendo exclusivamente amostra de indivíduos que buscaram tratamento e alcançaram critérios diagnósticos para o CSC.

Em relação à orientação sexual, a amostra de HSH deste estudo foi composta por 64% de homossexuais e 36% de bissexuais, porém a orientação homossexual mostrou-se associada ao comportamento “barebacking” (86% *vs.* 14%).

A vivência da estigmatizacão e da homofobia internalizada predomina entre os homossexuais e resulta em julgar negativamente a própria preferência e o comportamento sexual[157], o que é fator associado a mais práticas sexuais desprotegidas[50,142]. Apesar de não terem sido encontrados dados de outros estudos comparando a distribuição da ocorrência do comportamento “barebacking” de acordo com a orientação homossexual e bissexual, foram levantados dados nacionais acerca da relação entre casos de aids e orientação sexual. Beloqui, ao analisar o risco relativo (RR) para aids da população HSH comparada com a população

heterossexual, para o Brasil, com base nos dados do SINAN (atualizados até junho de 2006), encontra que, em 2003, os homossexuais desenvolveram cinco vezes mais a aids do que os heterossexuais, e, comparados aos bissexuais, os homossexuais desenvolveram a aids 20 vezes mais[158].

Estudos internacionais referem frequências que variam entre 17 e 69% do uso de álcool e drogas dentre os sujeitos com comportamento "barebacking"[18,44,50,51]. Por se tratar de um estudo com sujeitos que buscaram tratamento em ambiente hospitalar, houve a oportunidade de investigação de abuso e dependência de álcool e de drogas por meio de entrevista diagnóstica padronizada (MINI). Encontrou-se baixa prevalência de transtornos associados ao uso de álcool e/ou drogas, considerando toda a amostra (11%), e não se encontrou associação entre os transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas e o comportamento "barebacking". Tais dados são congruentes com estudo anterior envolvendo 86 homens gays, bissexuais e heterossexuais que buscavam tratamento em São Paulo, Brasil, e apresentaram baixa prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas[152]. De acordo com estudo comparativo de prevalência de transtornos relacionados ao uso de substâncias, conduzido pelo International Consortium in Psychiatric Epidemiolgy, o Brasil apresenta menores níveis de prevalência de uso e dependência de drogas e álcool comparados aos Estados Unidos[159].

Quanto à dimensão de caráter da personalidade, os HSH com comportamento "barebacking" deste estudo apresentaram menor autonomia (dimensão autodirecionamento) do que os sujeitos sem o comportamento, o que representa se tratarem de sujeitos com força de vontade, organização e capacidade de controle interno mais reduzidos, conduzindo-os a uma inadaptação frente às circunstâncias,

apresentando dificuldades de assumir responsabilidade pelas ações tomadas, de admitir erros, de reconhecer limitações, de estabelecer objetivos e valores, além de uma baixa autoaceitação e baixa autoestima, sugerindo dificuldades no amadurecimento psíquico neste domínio[77], que pode estar relacionado ao comportamento sexual de risco, pela falta de reconhecimento de limites. Não foram encontrados outros estudos sobre comportamento "barebacking" que investigassem diretamente a dimensão autodirecionamento, mas encontrou-se um estudo sobre características da personalidade e comportamentos de risco para o HIV no qual os autores demonstram que alto neuroticismo, baixa socialização e baixa realização estão associados a comportamento sexual de risco. Segundo os autores, pessoas que experienciam altos níveis de sofrimento emocional e que são menos organizadas, persistentes e motivadas se engajam com mais frequência em práticas de risco sexual e outros comportamentos de risco[96].

Silva, em pesquisa etnográfica online, encontra um fórum de discussão de "barebacking" e participa dele limitando sua pesquisa a 30 HSH, sendo que 23 apresentam o comportamento "barebacking"; uma fala comum encontrada por ele refere-se à importância da imagem e à performance sexual masculina[46]. Consistente com essa pesquisa, Halkitis e Parsons, em estudo transversal com 112 HSH soropositivos que buscam parceiros pela internet, encontram associação entre comportamento "barebacking" e a visão de sexo e aparência física como definição de masculinidade[31], o que pode ser uma atitude compensatória relacionada à aceitação e autoestima. Adam et al fazem referência à preocupação com a masculinidade e baixa autoestima em pesquisa realizada com 102 HSH com comportamento de alto risco sexual (51 deles praticaram sexo desprotegido nos últimos seis meses e 51

contraíram o HIV nos últimos cinco anos)[160]. Halkitis et al, em pesquisa quantitativa e qualitativa com 12 HSH soronegativos com comportamento "barebacking", referem que 42% deles apresentam baixa autoestima[22]. Tais achados apoiam o resultado deste estudo quanto à associação entre baixo autodirecionamento e "comportamento barebacking".

Quanto à dimensão temperamento da personalidade – busca de novidades, observou-se que a média geral dos participantes é mais elevada do que a média da população estudada na validação do ITC no Brasil por Fuentes (M = 23,55; D.P. = 5,96 *vs.* M = 17,16; D.P. = 5,66)[81], o que está de acordo com outros estudos que observam associação entre CSC e busca de sensações e/ou novidades[26,109-111,161]. Portanto, os HSH compulsivos sexuais apresentaram esta característica de forma mais acentuada, que se expressa por uma excitabilidade mais exploratória frente a novos estímulos, uma atitude mais reativa, impulsiva, extravagante, exuberante e desorganizada[77]. O temperamento reflete conceitos hereditários, respostas automáticas, sugerindo que são traços que se manifestam cedo na vida das pessoas[77]. Autores como Cooper, Zuckerman e Hoyle, que investigaram a personalidade e comportamento de risco, encontram associação entre busca de sensação e impulsividade com comportamento sexual de risco[82,93,94], o que se justifica por se tratarem de aspectos da personalidade relacionados a um déficit de controle do impulso e à alta tolerância ao risco. Em conformidade com eles, em outros estudos populacionais, a busca de sensação se associa ao comportamento "barebacking", como Leobon et al que, em pesquisa online com 13.901 HSH que buscam parceiros em websites, na França, em que compararam HSH com sorologia positiva e negativa do HIV, identificam a busca de sensação como preditora do comportamento

“barebacking”, em que 44,4% reportam alta busca de sensações[151]; Berg, por sua vez, em pesquisa de desenho transversal com 240 HSH usuários da Internet que vivem nos Estados Unidos, a fim de explorar o comportamento “barebacking”, identifica a busca de sensação como um fator associado ao comportamento “barebacking”[53]. Neste estudo, observou-se uma tendência à associação entre comportamento “barebacking” e busca de novidades (p = 0,06), de acordo com os resultados dos estudos descritos acima. Possivelmente, o fato de não se ter encontrado significância estatística possa ser explicado pelo pequeno tamanho amostral.

A dimensão de temperamento esquiva ao dano, que se relaciona com inibição de comportamento diante da possibilidade da vivência de frustração, apresentou uma média geral nos participantes deste estudo mais elevada que a média da população estudada na validação do ITC por Fuentes (M = 18,42; D. P. = 6,10 *vs* M = 14,96; D. P. = 5,66)[81]. Tal resultado pode sugerir que o medo da frustração e das incertezas seja compensado pelo comportamento compulsivo, de forma a se evitar ou negar a vivência da frustração. Apesar da média de escores elevada neste domínio considerando a amostra como um todo, não se observou diferença significativa entre os grupos, o que significa que os HSH com comportamento “barebacking” não apresentaram menor esquiva ao dano como foi hipotetizado inicialmente neste estudo. Também não foram encontrados estudos que avaliassem a esquiva ao dano em compulsivos sexuais a fim de comparação.

Quanto à dimensão de temperamento dependência de gratificação, que se relaciona com a dependência de recompensa para a continuidade do comportamento, não se observou diferença entre as médias dos participantes desta pesquisa, portanto

não houve associação desta dimensão, quanto a ter ou não o comportamento "barebacking". Quando se considera a média da amostra como um todo em comparação com as do estudo de validação no Brasil de Fuentes (M = 14,63 D.P. = 4,11 *vs* M = 15,76 D. P. = 4,07)[81], a média dos participantes da presente pesquisa se apresentou bastante similar. Não foram encontrados estudos que medissem a dependência de gratificação em compulsivos sexuais. O resultado pode indicar que questões como sentimentalismo, apego e dependência não geram impacto nos HSH compulsivos sexuais.

Os participantes desta amostra apresentaram uma média de escores superior a dois dos três grupos de participantes do estudo original [M = 101,3; D.P. = 16,11 *vs* M = 74,5; D. P. = 13,7 (grupo controle normal); *vs* M = 93,5; D. P. = 20 (grupo com transtorno de personalidade borderline); *vs* M = 122,6; D. P. = 14,4 (grupo com transtorno de identidade dissociativa)][87], sugerindo, de maneira geral, que os HSH compulsivos sexuais apresentaram dificuldades na consolidação da identidade, com problemas na formação da mesma, pois, segundo Erikson, apenas quando a formação da identidade está em pleno desenvolvimento que a intimidade (psicossocial e sexual) é possível, e então o jovem não seguro de sua identidade, tende ao distanciamento e ao isolamento nos relacionamentos ou aos encontros casuais e eventuais, sem intimidade e/ou formação de vínculo[84]. Além da dificuldade em assumir uma vida homoafetiva durante a formação da identidade, período em que os grupos sociais e familiares em geral reforçam a heterossexualidade, estigmatizando a homossexualidade, a identidade homossexual pode ser percebida como rejeição, comprometendo a experiência da identidade como um todo, e o indivíduo pode não sentir-se preparado para se encaixar em um papel significativo na sociedade e para se

definir em sua unicidade e continuidade. Observou-se tendência a associação entre menor consolidação da identidade e comportamento barebacking (p = 0,07), o que está de acordo com o estudo de Halkitis et al, em estudo qualitativo com 12 HSH HIV negativos entre 18 e 29 anos, com comportamento "barebacking", por meio de entrevista semiestruturada, avaliaram questões pertinentes à história de vida, abrangendo as seguintes dimensões: psicológica, cultural, simbólica, comportamental e uso de drogas, com o objetivo de detectar experiências ocorridas na infância (0 a 12 anos) ou adolescência (13 a 17 anos) em comum, que poderiam predispor o participante a desenvolver a identidade "barebacking", e encontram dados que revelam temas associados a riscos de base para a identidade desses sujeitos, como experimentação de drogas e sexo ainda na infância, com (ou facilitado por) familiares (67%), vivência de sentimentos de solidão e isolamento referida pelos participantes durante a infância e adolescência (83%) e maior experiência de perda (divórcio, separação, morte ou abandono) nos anos de formação (83%)[97]. Credita-se a não significância estatística plena neste estudo da associação negativa entre consolidação da identidade e comportamento "barebacking" ao pequeno tamanho amostral.

Em relação ao estilo de formação de vínculo, Collins e Read compararam as médias entre homens e mulheres em seu estudo, sem diferença significativa (M = 21,2; D. P. = 4,8)[92]. Na amostra deste estudo a média encontrada foi menor que o estudo original (M = 17,47; D. P. = 3,46), o que de maneira geral parece indicar uma capacidade menor entre os HSH compulsivos sexuais na formação de vínculo do tipo segura, quando comparados com a população geral. No presente estudo, procurou-se investigar se os participantes com comportamento "barebacking" apresentariam

desconforto, dificuldade quanto à intimidade e proximidade na relação afetiva – incapacidade de formação de vínculo segura, mas esta hipótese não foi confirmada. Nesta amostra de HSH compulsivos sexuais não se observou diferença na formação de vínculo seguro com apresentar ou não comportamento "barebacking", o que está de acordo com o resultado da dimensão de temperamento dependência de gratificação neste estudo, em que não se encontrou associação entre comportamento "barebacking" e dependência de vinculação afetiva, de apego e ou de gratificação do outro. Não foram encontrados outros estudos investigando aspectos vinculares em sujeitos com comportamento "barebacking".

O domínio acerca de como os sujeitos percebem a gravidade do HIV/aids e o grau de otimismo em relação ao tratamento da aids também não apresentou associação com o comportamento "barebacking", diferente do observado em outros estudos. Apesar de a média de escores deste estudo do grupo com e sem comportamento "barebacking" ser similar às médias do estudo original envolvendo homossexuais que praticavam sexo desprotegido e outros que não praticavam sexo desprotegido (M = 20, 71; D. P. = 5,35 *vs* M= 19,8; D. P. = 4,7)[148], neste estudo o resultado não apresentou diferença estatística significante, talvez pelo tamanho da amostra, pois o estudo original envolveu amostra com mais de 500 sujeitos. Deve-se considerar, também, que os dados acerca da relação entre otimismo e crença no tratamento da infecção pelo HIV e comportamento sexual de risco ainda são bastante limitados em nosso meio, diminuindo a possibilidade de comparação com outros estudos nacionais acerca deste domínio. Eventualmente este aspecto não tenha a mesma expressividade em nossa cultura, quando se compara com o descrito por outros estudos realizados em outros países que observaram associação entre

otimismo em relação ao tratamento do HIV/aids e comportamento “barebacking”; por exemplo, Mansergh et al, em estudo transversal com amostra de conveniência em São Francisco, objetivando frequência e fatores associados do comportamento “barebacking” encontram que 10% praticam sexo “bareback” de um total de 554 HSH, e destes 19% relatam crença no tratamento do HIV, possibilitando o não uso do preservativo, enquanto que os “não-barebackers” atingem 9%[43]; Reisner et al, em um estudo transversal com 227 HSH soronegativos em Boston, com o objetivo de investigar preditores do comportamento “barebacking”, encontram uma prevalência de 30,8% de sujeitos que se identificam como “barebackers” e estes apresentam maiores níveis de otimismo em relação ao tratamento do HIV (M = 32,73; D. P. = 4,95 *vs* M = 34,90; D. P. = 4,75)[44]. Os avanços no tratamento do HIV parecem conduzir os HSH a diminuírem a percepção da gravidade e consequências da transmissão do HIV. Porém, nesta amostra de compulsivos sexuais, o otimismo em relação ao tratamento do HIV/aids não se mostrou associado ao comportamento “barebacking”.

A prevalência de HIV autorreferida na amostra deste estudo foi de 20% e encontra-se de acordo com os dados recentes da pesquisa populacional coordenada por Veras em São Paulo com 1217 HSH, dos quais 776 realizaram a testagem do HIV e a prevalência encontrada foi de 15,4%[158]. Os 20% encontrados no presente estudo, um pouco acima da prevalência encontrada no estudo populacional, justifica-se por se tratar de amostra de compulsivos sexuais já descritos na literatura como um segmento com maiores possibilidades de exposição ao risco de transmissão do HIV. De acordo com a hipótese inicial, a infecção pelo HIV mostrou-se associada ao comportamento “barebacking” (43% vs. 6%), como esperado para indivíduos que

escolhem predominantemente o sexo desprotegido e está de acordo com os resultados de outros estudos. Mansergh et al, em estudo transversal em São Francisco com 554 HSH, referem que 10% da amostra reporta a prática de sexo “bareback”, sendo que destes, 16% são soropositivos [43]. No estudo transversal em Los Angeles e Nova Iorque de Grov et al, 40% da amostra dos HSH com comportamento “barebacking” são HIV positivos, apresentando 7,7 vezes mais risco do que os HSH sem o comportamento “barebacking”[48]. Em pesquisa online conduzida por Grov e Parsons em um website “bareback” com 1228 perfis, 36% referem ser HIV positivos[162]. Halkitis em estudo transversal na cidade de Nova Iorque com 102 HSH com comportamento “barebacking”, encontra prevalência de 41% de HIV [47].

As variáveis orientação sexual e autodirecionamento mantiveram-se significativamente associadas à variável desfecho comportamento “barebacking” no modelo de regressão logística múltipla.

O risco de apresentar comportamento “barebacking” diminuiu em 67% nos participantes HSH compulsivos sexuais com orientação bissexual nesta amostra. Ao mesmo tempo, o risco de apresentar comportamento “barebacking” diminuiu em 17% nos participantes para cada ponto no domínio de autodirecionamento do Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger, o que confirma a hipótese de que os HSH compulsivos sexuais com comportamento “barebacking” apresentam menor autonomia no direcionamento da vida como um traço de personalidade.

A dificuldade do processo de enfrentamento psicossocial em assumir a orientação homossexual se associa à internalização do estigma contra a homossexualidade e a vivências de sofrimento psíquico, o que, por sua vez, aumenta a vulnerabilidade para a vivência de situações de sexo desprotegido[163,164]. Por

exemplo, Kelly et al, em pesquisa de corte transversal em comunidade gay em Nova Iorque com 66 HSH soropositivos, com o objetivo de investigar o estresse e o enfrentamento como explicativas para o comportamento “barebacking” refere que um terço deles era “barebacker” e que estes apresentam altos níveis de estigma e estresse relacionados a identidade gay ($p < 0,05$)[50], o que pode explicar a mais elevada frequência do comportamento “barebacking” entre os homossexuais deste estudo, quando comparados aos bissexuais.

No Brasil, um estudo com gays e bissexuais encontrou que 40% da amostra que se identificavam como homossexuais praticaram intercurso anal receptivo desprotegido nos últimos seis meses comparado a 30% dos bissexuais ($p < 0,01$); os autores levantam a hipótese de que os bissexuais praticam mais sexo seguro a fim de esconder suas relações homossexuais[165].

Quanto à personalidade, baixo autodirecionamento predisse comportamento “barebacking” nesta amostra, sugerindo que nestes indivíduos preservar a saúde é menos relevante do que vivências de sexo sem proteção.

À medida que a dimensão de caráter autodirecionamento é menos influenciada pela genética e mais pela adaptação do indivíduo às demandas da vida, pode-se pensar que parte significativa dos participantes com comportamento “barebacking” desta amostra apresentou dificuldades nas respostas às demandas psicossociais em seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo, as dimensões do caráter são mais responsivas a intervenções psicoterapêuticas do que as de temperamento, Nesse sentido, estes resultados reforçam a importância de se delinear intervenções clínicas específicas a este grupo, de forma a trabalhar os aspectos relacionados ao autodirecionamento, a fim de uma consciência mais crítica e consequente elaboração

frente às tomadas de decisão, principalmente quanto à redução da prática do sexo desprotegido.

Dimensões de caráter pouco desenvolvidas são mais associadas à presença de transtornos de personalidade, sendo que autodirecionamento está correlacionado a todos os subtipos destes transtornos[166]. Baixo autodirecionamento se relaciona com dificuldade na aceitação de responsabilidade, falta de metas a longo prazo, autoestima cronicamente baixa e dificuldades com a própria identidade, o que é típico dos indivíduos com transtorno de personalidade[167], indicando a importância de investigar transtornos de personalidade neste segmento em futuras pesquisas.

A Associação Psiquiátrica Americana incluiu no DSM-5 um modelo alternativo para transtornos de personalidade de uma perspectiva dimensional em que são avaliados os prejuízos no funcionamento da personalidade em relação a traços patológicos da personalidade. Neste modelo, identidade e autodirecionamento (self) são considerados, além de empatia e intimidade (interpessoal)[114]. A associação entre o comportamento “barebacking” e baixo autodirecionamento pode ser um bom exemplo de grave prejuízo de funcionamento associado a um traço patológico de personalidade. Graves prejuízos funcionais devem suscitar esforços no campo da saúde mental quanto ao desenvolvimento de intervenções específicas voltadas ao tratamento e/ou minimização dos prejuízos à saúde.

Quanto às limitações, a amostra deste estudo foi constituída por conveniência, ou seja, composta de indivíduos compulsivos sexuais e que buscaram tratamento. Portanto, não se pode generalizar os dados para a população em geral para aqueles indivíduos HSH com comportamento “barebacking” sem compulsividade sexual ou para os que apresentam a compulsividade mas não buscam tratamento. Por outro

lado, uma amostra composta exclusivamente de HSH compulsivos sexuais deu ensejo à oportunidade científica de investigar mais profundamente aspectos da personalidade e identidade, à medida que uma amostra composta por compulsivos sexuais que buscam tratamento geralmente apresentam maior severidade psicopatológica.

O comportamento “barebacking” é um tema estudado principalmente sob a perspectiva da transmissão do HIV, endereçando a prevalência e os preditores, mas os dados acerca dos aspectos de personalidade ainda são escassos, limitados à dimensão busca de sensação, e raramente foi utilizado o modelo psicobiológico de Cloninger, e, quando escolhido para o estudo, os resultados se limitaram à busca de novidades; escassos também são os estudos em relação à identidade, em que apenas um estudo foi encontrado buscando associação entre identidade e comportamento “barebacking”. Assim, a contribuição do presente estudo foi investigar esses aspectos de modo abrangente e por meio de inventários padronizados. Os resultados elucidaram aspectos relevantes da personalidade e identidade e poderão contribuir para futuras intervenções. Além disso, fornece subsídio para futuras pesquisas epidemiológicas e de intervenção.

6. CONCLUSÕES

No presente estudo com HSH compulsivos sexuais, encontrou-se elevada frequência de comportamento “barebacking” (38%), bem como elevada prevalência da infecção pelo HIV (43%) nos indivíduos com comportamento “barebacking”.

Este trabalho implicou estudar as associações do comportamento “barebacking” com aspectos da personalidade e identidade.

Na análise univariada se observou tendência à associação entre comportamento “barebacking” e severidade do CSC, consolidação da identidade (associação negativa) e a dimensão de temperamento busca de novidades. Observou-se associação entre comportamento “barebacking” e a dimensão de caráter autodirecionamento. Não houve associação entre HSH com comportamento “barebacking” e otimismo em relação ao tratamento do HIV, capacidade de vinculação afetiva segura, e a traços de temperamento de personalidade, como esquiva ao dano e dependência de gratificação do outro.

Na regressão logística múltipla, autodirecionamento foi a única variável que se manteve associada ao comportamento “barebacking”, após ajuste para controle de efeitos de confusão com a variável orientação sexual. Autodirecionamento foi preditor de comportamento “barebacking” entre HSH compulsivos sexuais, sendo que cada ponto a menos na dimensão autodirecionamento elevou em 17% o risco de apresentar comportamento “barebacking”.

7. ANEXOS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... ....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº .....APTO: ....

BAIRRO: ..... CIDADE ....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) ....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) ....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº ..... . APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE: .....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....)..... .....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

IMPULSO SEXUAL EXCESSIVO E COMPORTAMENTO

“BAREBACKING” EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

2. PESQUISADOR : **Marco de Tubino Scanavino**

CARGO/FUNÇÃO: **Médico assistente**

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 65081

UNIDADE DO HCFMUSP: **49583**

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO **x** RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : **24 meses**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa analisar comportamento "barebacking" (não uso deliberado de preservativo nas relações sexuais) entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e avaliar aspectos de comportamento sexual, e aspectos de personalidade e identidade destes sujeitos;

2 – Os procedimentos de pesquisa envolvem responder a questionários que avaliam aspectos clínicos e psicopatológicos;

3 – As informações serão coletadas a partir da aplicação de questionários aos pacientes que aceitarem ao convite para participar da pesquisa;

4 – Não é esperado que ocorram danos a sua saúde devido aos procedimentos que serão utilizados na pesquisa, pois constam da aplicação de questionários específicos que visam conhecê-lo melhor e a seu problema com o intuito de poder auxiliá-lo;

5 – A pesquisa não oferece benefício direto para o participante, que não a ampliação do conhecimento sobre o comportamento estudado e posterior aplicação deste conhecimento para melhorar a qualidade do tratamento oferecido;

6 – Em qualquer etapa do estudo você terá garantia de acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof Dr Marco de Tubino Scanavino, psiquiatra, que pode ser encontrado no Programa de Estudos

em Sexualidade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – telefone: (11) 3069-6982;
7 – Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br;
8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
9 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;
10 – Os participantes têm garantido o direito de serem informados sobre os resultados da pesquisa, conforme estes forem de conhecimento dos pesquisadores;
11 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **IMPULSO SEXUAL EXCESSIVO E COMPORTAMENTO "BAREBACKING" EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS.**
Eu discuti com a psicóloga Maria Luiza Sant' Ana do Amaral, pesquisadora executante, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/

Assinatura da testemunha Data ____/____/

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/

8. REFERÊNCIAS:

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. Aids epidemic update. [cited 2013 Nov 16]. Available from:. http://www.unaids.org.
2. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de Vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Publica.* 2009;25 (Suppl 2):321-3.
3. Boletim Epidemiológico AIDS [Ministério da Saúde]. Brasília (DF). [citado 1 nov. 2013]. Disponível em:. http://portal.saude.gov.br.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST AIDS e HEPATITES VIRAIS. [citado 1 nov. 2013]. Disponível em:. http:// www.aids.gov.br.
5. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. HIV among gay, bisexual and other men who have sex with men (MSM). [cited 2013 Nov 16]. Available from:. http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm.
6. Malbergier A. *Aids e Psiquiatria: Um guia para os profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Revinter;2000.
7. Kamat R, Morgan E, Marcotte TD, Badiee J, Maich I, Cherner M, Almeida S, Pereira AP, Ribeiro CE, Barbosa F, Atkinson JH, Ellis R. Implications of apathy and depression for everyday functioning in HIV/AIDS in Brazil. *Journal of Affective Disorders.* (0).
8. Millikin CP, Rourke SB, Halman MH, Power C. Fatigue in HIV/AIDS is Associated With Depression and Subjective Neurocognitive Complaints but not Neuropsychological Functioning. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 2003;25(2):201-15.
9. Thames AD, Becker BW, Marcotte TD, Hines LJ, Foley JM, Ramezani A, Singer EJ, Castellon SA, Heaton RK, Hinkin CH. Depression, Cognition, and Self-Appraisal of Functional Abilities in HIV: An Examination of Subjective Appraisal Versus Objective Performance. *Clinical Neuropsychologist.* 2011;25(2):224-43.
10. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2001;23:160-7.
11. Zanetta DMT, Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E, Menezes RX, Ferreira DP, Burattini MN. HIV infection and related risk behaviours in a disadvantaged youth institution of Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Std & Aids.* Feb 1999;10(2):98-104.
12. de Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and Infections of Similar Transmission Patterns in a Drug Injectors Community of Santos, Brazil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology.* 1996;12:84-92.
13. Kolaric B, Bielen L, Gjenero-Margan I. Risk Behaviors for Getting HIV Infection among the Croatian Men Who Have Sex With Men. *Collegium Antropologicum.* Sep 2008;32(3):687-91.
14. Kolaric B, Stajduhar D. Risk Behaviors for Getting HIV Infection among the Croatian Men Who Have Sex with Men in 2007. *Collegium Antropologicum.* Sep 2011;35(3):855-9.
15. Bancroft J. Sexual behavior that is "out of control": a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am.* Dec 2008;31(4):593-601.

16. Kafka MP, Prentky RA. Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry.* Nov 1994;55(11):481-7.

17. Kelly BC, Bimbi DS, Nanin JE, Izienicki H, Parsons JT. Sexual compulsivity and sexual behaviors among gay and bisexual men and lesbian and bisexual women. *J Sex Res.* Jul-Aug 2009;46(4):301-8.

18. Grov C, Parsons JT, Bimbi DS. Sexual compulsivity and sexual risk in gay and bisexual men. *Arch Sex Behav.* Aug 2010;39(4):940-9.

19. Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Bauermeister J, Dowset GW, Dolezal C, Remien RH, Balan I, Rowe M. Is 'bareback' a useful construct in primary HIV-prevention? Definitions, identity and research. *Cult Health Sex.* Jan 2009;11(1):51-65.

20. Reisner S, Mimiaga M, Mayer K, Tinsley J, Safren S. Tricks of the trade: sexual health behaviors, the context of HIV risk, and potential prevention intervention strategies for male sex workers. *J LGBT Health Res.* 2008;4(4):195-209.

21. Parsons JT, Bimbi DS. Intentional unprotected anal intercourse among sex who have sex with men: barebacking - from behavior to identity. *AIDS Behav.* Mar 2007;11(2):277-87.

22. Halkitis P, Siconolfi D, Fumerton M, Barlup K. Facilitators of barebacking among emergent adult gay and bisexual men: implications for HIV prevention. *J LGBT Health Res.* 2008;4(1):11-26.

23. Kalichman SC, Greenberg J, Abel GG. HIV-seropositive men who engage in high-risk sexual behaviour: psychological characteristics and implications for prevention. *AIDS Care.* Aug 1997;9(4):441-50.

24. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals.* 1992;22(6):320-5.

25. Coleman E, Raymond N, McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med.* Jul 2003;86(7):42-7.

26. Kalichman SC, Rompa D. Sexual sensation seeking and Sexual Compulsivity Scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess.* Dec 1995;65(3):586-601.

27. World Health Organization. WHO. HIV/AIDS Fact sheet Nº 360 Updated October 2013. [cited 2013 Nov 16]. Available from:. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/.

28. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. Diretrizes de Terminologia da UNAIDS/ONUSIDA 2011.

29. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.

30. Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom AR, Souza Júnior PB. Trends in the AIDS epidemic in groups at highest risk in Brazil, 1980-2004. *Cad Saude Publica.* Apr 2009;25(4):727-37.

31. Halkitis P, Parsons J. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care.* Jun 2003;15(3):367-78.

32. Pollock J, Halkitis P. Environmental factors in relation to unprotected sexual behavior among gay, bisexual, and other MSM. *AIDS Educ Prev.* Aug 2009;21(4):340-55.

33. Satinsky S, Fisher C, Stupiansky N, et al. Sexual compulsivity among men in a decentralized MSM community of the Midwestern United States. *AIDS Patient Care STDS.* Jul 2008;22(7):553-60.

34. Parsons JT, Halkitis PN. Sexual and drug-using practices of HIV-positive men who frequent public and commercial sex environments. *AIDS Care.* Dec 2002;14(6):815-26.

35. Klein H. Anonymous sex and HIV risk practices among men using the Internet specifically to find male partners for unprotected sex. *Public Health.* Jun 2012;126(6):471-81.

36. Reece M, Dodge B. Exploring the physical, mental and social well-being of gay and bisexual men who cruise for sex on a college campus. *J Homosex.* 2003;46(1-2):111-36.

37. Bull SS, McFarlane M, Rietmeijer C. HIV and sexually transmitted infection risk behaviors among men seeking sex with men on-line. *Am J Public Health.* Jun 2001;91(6):988-9.

38. Garofalo R, Herrick A, Mustanski BS, Donenberg GR. Tip of the Iceberg: young men who have sex with men, the Internet, and HIV risk. *Am J Public Health.* Jun 2007;97(6):1113-7.

39. Benotsch EG, Kalichman S, Cage M. Men who have met sex partners via the Internet: prevalence, predictors, and implications for HIV prevention. *Arch Sex Behav.* Apr 2002;31(2):177-83.

40. Semple SJ, Zians J, Strathdee SA, Patterson TL. Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men. *Arch Sex Behav.* Aug 2009;38(4):583-90.

41. Benotsch EG, Kalichman SC, Kelly JA. Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addict Behav.* Nov-Dec 1999;24(6):857-68.

42. Benotsch EG, Kalichman SC, Pinkerton SD. Sexual compulsivity in HIV-positive men and women:Prevalence, preditors and consequences of high risk sexual behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 2001;8:83-9.

43. Mansergh G, Marks G, Colfax G, Guzman R, Rader M, Buchbinder S. "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS.* Mar 2002;16(4):653-9.

44. Reisner SL, Mimiaga MJ, Case P, Johnson CV, Safren SA, Mayer KH. Predictors of Identifying as a Barebacker among High-Risk New England HIV Seronegative Men Who Have Sex with Men. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine.* Mar 2009;86(2):250-62.

45. Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res.* May 2005;29(5):837-43.

46. da Silva LAV. Barebacking and the possibility of seroconversion. *Cad Saude Publica.* Jun 2009;25(6):1381-9.

47. Halkitis P. Behavioral patterns, identity, and health characteristics of self-identified barebackers: implications for HIV prevention and intervention. *J LGBT Health Res.* 2007;3(1):37-48.

48. Grov C, DeBusk JA, Bimbi DS, Golub SA, Nanin JE, Parsons JT. Barebacking, the Internet, and harm reduction: An intercept survey with gay and bisexual men in Los Angeles and New York City. *Aids and Behavior.* Jul 2007;11(4):527-36.

49. Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Barebacking among HIV-positive gay men in London. *Sexually Transmitted Diseases.* Feb 2007;34(2):93-8.

50. Kelly BC, Bimbi DS, Izienicki H, Parsons JT. Stress and Coping Among HIV-Positive Barebackers. *Aids and Behavior.* Aug 2009;13(4):792-7.

51. Halkitis PN, Wilton L, Wolitski RJ, Parsons JT, Hoff CC, Bimbi DS. Barebacking identity among HIV-positive gay and bisexual men: demographic, psychological, and behavioral correlates. *Aids.* Apr 2005;19:S27-35.

52. Reece M. HIV-related mental health care: factors influencing dropout among low-income, HIV-positive individuals. *AIDS Care.* Oct 2003;15(5):707-16.

53. Berg RC. Barebacking among MSM internet users. *Aids and Behavior.* Sep 2008;12(5):822-33.

54. Halkitis P, Parsons JT, Wilton L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Arch Sex Behav.* Aug 2003;32(4):351-7.

55. Halkitis PN, Zade DD, Shrem M, Marmor M. Beliefs about HIV noninfection and risky sexual behavior among MSM. *Aids Education and Prevention.* Oct 2004;16(5):448-58.

56. Wolitski R, Gómez C, Parsons J. Effects of a peer-led behavioral intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS.* Apr 2005;19 Suppl 1:S99-109.

57. da Silva LAV, Iriart JAB. The meanings and practices of barebacking among Brazilian internet users. *Sociology of Health & Illness.* Jun 2012;34(5):651-64.

58. Crossley ML. Making sense of 'barebacking': Gay men's narratives, unsafe sex and the 'resistance habitus'. *British Journal of Social Psychology.* Jun 2004;43:225-44.

59. Suarez T, Miller J. Negotiating risks in context: A perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men - Where do we go from here? *Archives of Sexual Behavior.* Jun 2001;30(3):287-300.

60. França LA, Rudnick NG. Transmissão do HIV/AIDS: Revolução Médico-Terapêutica e Aspectos Jurídico-Penais. *Revista Justiça e Sistema Criminal.* 2012;4 (6):145-84.

61. Jung CG. *O Eu e o Inconsciente*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes;2001.

62. Tavares H. Personalidade, Temperamento e Caráter. In: Busatto Filho G *Fisiopatologia dos Transtornos Psiquiátricos*. São Paulo: Atheneu;2006.

63. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. *Teorias da Personalidade*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed;2000.

64. Allport GW. Personality, a symposium; geneticism versus ego-structure in theories of personality. *Br J Educ Psychol.* Jun 1946;16:57-68.

65. Cattell RB. Personality structure and measurement; the operational determination of trait unities. *Br J Psychol Gen Sect.* Jan 1946;36:88-103.

66. Eysenck HJ. Personal preferences, aesthetic sensitivity and personality in trained and untrained subjects. *J Pers.* Dec 1972;40(4):544-57.

67. Tupes EC, Christal RE. Recurrent personality factors based on trait ratings (USAF ASD Tech. Rep. No. 61-97). Lackland Air Force Base, TX: U.S.: Air Force; 1961.

68. Norman WT. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: replicated factors structure in peer nomination personality ratings. *J Abnorm Soc Psychol.* Jun 1963;66:574-83.

69. Digman JM. Five robust trait dimensions: development, stability, and utility. *J Pers.* Jun 1989;57(2):195-214.

70. Goldberg LR. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol.* Dec 1990;59(6):1216-29.

71. McCrae RR. The five-factor model and its assessment in clinical settings. *J Pers Assess.* Dec 1991;57(3):399-414.

72. Zuckerman M, Eysenck S, Eysenck HJ. Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age, and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol.* Feb 1978;46(1):139-49.

73. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of 3 structural modles for personality - the Big 3, The Big 5, and the Alternative 5. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1993;65:757-68.

74. Aluja A, Kuhlman M, Zuckerman M. Development of the Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ): a factor/facet version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *J Pers Assess.* Sep 2010;92(5):416-31.

75. Kalichman SC, Johnson JR, Adair V, Rompa D, Multhauf K, Kelly JA. Sexual sensation seeking: scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *J Pers Assess.* Jun 1994;62(3):385-97.

76. Cloninger CR. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Aust N Z J Psychiatry.* Apr 1999;33(2):174-86.

77. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* Dec 1993;50(12):975-90.

78. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol.* Apr 1994;4(2):266-73.

79. Zuckerman M, Neeb M. Sensation seeking and psychopathology. *Psychiatry Res.* Dec 1979;1(3):255-64.

80. Zuckerman M. The psychophysiology of sensation seeking. *J Pers.* Mar 1990;58(1):313-45.

81. Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger: Validação da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, organizadores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos;2000.

82. Hoyle RH, Fejfar MC, Miller JD. Personality and sexual risk taking: a quantitative review. *J Pers.* Dec 2000;68(6):1203-31.

83. García LF, Escorial S, García Ó, Blanch A, Aluja A. Structural analysis of the facets and domains of the Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality

Questionnaire (ZKA-PQ) and the NEO PI-R. *J Pers Assess.* 2012;94(2):156-63.

84. Erikson EH. *Identidade, Juventude e Crise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar;1976.

85. Erikson EH. The problem of ego identity. *J Am Psychoanal Assoc.* Jan 1956;4(1):56-121.

86. Kernberg OF. Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanal Q.* Oct 2006;75(4):969-1004.

87. Samuel S, Akhtar S. The Identity Consolidation Inventory (ICI): development and application of a questionnaire for assessing the structuralization of individual identity. *Am J Psychoanal.* Mar 2009;69(1):53-61.

88. Bowlby J. Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *Am J Psychoanal.* 1984;44(1):9-27, 29-31.

89. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry.* Oct 1982;52(4):664-78.

90. Egeland B, Farber EA. Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Dev.* Jun 1984;55(3):753-71.

91. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* Mar 1987;52(3):511-24.

92. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol.* Apr 1990;58(4):644-63.

93. Zuckerman M, Kuhlman DM. Personality and risk-taking: common biosocial factors. *J Pers.* Dec 2000;68(6):999-1029.

94. Cooper ML, Agocha VB, Sheldon MS. A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes. *Journal of personality.* 2000;68(6):1059-88.

95. Costa PTJ, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.

96. Trobst KK, Herbst JH, Masters Iii HL, Costa Jr PT. Personality Pathways to Unsafe Sex: Personality, Condom Use, and HIV Risk Behaviors. *Journal of Research in Personality.*2002;36(2):117-33.

97. Halkitis P, Siconolfi D, Fumerton M, Barlup K. Risk Bases in Childhood and Adolescence among HIV-negative Young Adult Gay and Bisexual Male Barebackers. *J Gay Lesbian Soc Serv.* Oct 2008;20(4):288-314.

98. Carnes P. Sexual addiction screening test. *Tenn Nurse.* Jun 1991;54(3):29.

99. Barth RJ, Kinder BN. The mislabeling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther.* 1987;13(1):15-23.

100. Muench F, Parsons JT. Sexual compulsivity and HIV: identification and treatment. *Focus.* Jul 2004;19(6):1-5.

101. Goodman A. What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 2001;8:191-213.

102. Coleman E, Miner M, Ohlerking F, Raymond N. Compulsive sexual behavior inventory: A preliminary study of reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy.* Jul-Sep 2001;27(4):325-32.

103. Kafka MP. Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry.* Feb 1991;52(2):60-5.

104. Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav.* Apr 2010;39(2):377-400.

105. Coleman E, Gratzer T, Nesvacil L, Raymond NC. Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study. *J Clin Psychiatry.* Apr 2000;61(4):282-84.

106. Carnes P, Schneider J. Recognition and management of addictive sexual disorders: guide for the primary care clinician. *Lippincotts Prim Care Pract.* 2000 May-Jun 2000;4(3):302-18.

107. Black DW. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectr.* Jan 2000;5(1):26-72.

108. Parsons JT, Kelly BC, Bimbi DS, DiMaria L, Wainberg ML, Morgenstern J. Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. *Arch Sex Behav.* Oct 2008;37(5):817-26.

109. Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry.* Feb 1997;154(2):243-9.

110. Kafka M, Prentky R. Compulsive sexual behavior characteristics. *Am J Psychiatry.* Nov 1997;154(11):1632.

111. Bancroft J, Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res.* Aug 2004;41(3):225-34.

112. Goodman A. Sexual Adicction. In: Lowinson JH, Ruyz P, Millman RB, Langrod JG, eds. *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook.* 4th ed. Philadelphia.: Lippincott Williams & Wilkins.; 2005:504-39.

113. Organização Mundial da Saúde. OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre;1993.

114. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2013.

115. American Psychiatric Association. APA. News Release: American Psychiatric Association Board of Trustees approves DSM-5. Diagnostic manual passes major milestone before May 2013 publication. [cited 2012 Dec 12]. Available from: http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2012%20Releases/12-43-DSM-5-BOT-Vote-News-Release--FINAL--3-.pdf.

116. Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol.* Jan 2008;75(1):266-322.

117. Noll J, Trickett P, Putnam F. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol.* Jun 2003;71(3):575-86.

118. Carnes P, Delmonico DL, Griffin E, Moriarity JM. *In the shadows of the net. breaking free of compulsive online sexual behavior.* Center City, MN: Hazelden Foundation; 2001.

119. Parsons JT, Kelly B, Bimbi DS, Muench F, Morgenstern J. Accounting for the social triggers of sexual compulsivity. *J Addict Dis.* 2007;26(3):5-16.

120. Holmes WC, Foa EB, Sammel MD. Men's pathways to risky sexual behavior: role of co-occurring childhood sexual abuse, posttraumatic stress disorder, and depression histories. *J Urban Health.* Mar 2005;82(1 Suppl 1):i89-99.

121. Bergner R. Sexual compulsion as attempted recovery from degradation: theory and therapy. *J Sex Marital Ther.* Oct-Dec 2002;28(5):373-87.

122. Parsons JT, Schrimshaw E, Bimbi DS, Wolitski R, Gómez C, Halkitis P. Consistent, inconsistent, and non-disclosure to casual sexual partners among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS.* Apr 2005;19 Suppl 1:S87-97.

123. Cooper A, Delmonico DL, Griffin-Shelly E, Mathy RM. Online sexual activity: An examination of potentially problematic behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 2004;11:129-43.

124. Quadland MC. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther.* 1985;11(2):121-32.

125. Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am.* Dec 2008;31(4):603-11.

126. Dodge B, Reece M, Cole SL, Sandfort TG. Sexual compulsivity among heterosexual college students. *J Sex Res.* Nov 2004;41(4):343-50.

127. Kafka M, Hennen J. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther.* Oct-Dec 1999;25(4):305-19.

128. Kalichman S, Rompa D. The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons. *J Pers Assess.* Jun 2001;76(3):379-95.

129. Scanavino MdT, Abdo CHN. Sexual history and sexual behaviors related to sexual impulsivity as associated factors with AIDS: a case-control study in Brazil.: *Int J STD AIDS*; 2010.

130. Parsons JT, Bimbi DS, Halkitis PN. Sexual compulsivity among gay/bisexual male escorts who advertise on the Internet. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 2001;8:101-12.

131. Coleman E, Horvath KJ, Miner M, Ross MW, Oakes M, Rosser BRS, Men's Internet Sex Mints, II Team. Compulsive Sexual Behavior and Risk for Unsafe Sex Among Internet Using Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior.* Oct 2010;39(5):1045-53.

132. Dodge B, Reece M, Herbenick D, Fisher C, Satinsky S, Stupiansky N. Relations between sexually transmitted infection diagnosis and sexual compulsivity in a community-based sample of men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* Aug 2008;84(4):324-7.

133. Blain LM, Muench F, Morgenstern J, Parsons JT. Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse Negl.* May 2012.

134. Dilley JW, Loeb L, Marson K, Chen S, Schwarcz S, Paul J, McFarland W. Sexual compulsiveness and change in unprotected anal intercourse - Unexpected results from a randomized controlled HIV counseling intervention study. *Jaids-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* May 2008;48(1):113-4.

135. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Vukadinovic Z. The relation between mood and sexuality in gay men. *Arch Sex Behav.* Jun 2003;32(3):231-42.

136. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, Rosen DH, McFarland W, Shehan DA, Stoyanoff SR, Lalota M, Celentano DD, Koblin BA, Thiede H, Katz MH, Torian LV, Janssen RS. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. Young Men's Survey Study Group. *JAMA.* Jul 2000;284(2):198-204.

137. van Griensven F, Thanprasertsuk S, Jommaroeng R, Mansergh G, Naorat S, Jenkins RA, Ungchusak K, Phanuphak P, Tappero JW, Bangkok MSM Study Group. Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS.* Mar 2005;19(5):521-6.

138. Menza TW, Hughes JP, Celum CL, Golden MR. Prediction of HIV acquisition among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* Sep 2009;36(9):547-55.

139. Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, Pollack L, Binson D, Osmond D, Catania JA. Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *Am J Public Health.* Jun 2003;93(6):939-42.

140. Mustanski BS. Are sexual partners met online associated with HIV/STI risk behaviours? Retrospective and daily diary data in conflict. *AIDS Care.* Jul 2007;19(6):822-7.

141. Mustanski B, Garofalo R, Herrick A, Donenberg G. Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men: preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Ann Behav Med.* Aug 2007;34(1):37-45.

142. Parsons JT, Grov C, Golub SA. Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: further evidence of a syndemic. *Am J Public Health.* Jan 2012;102(1):156-62.

143. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):Validation of a short structured diagnostic interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2000;22(3):106-15.

144. Berquó E, Barbosa RM, Grupo de Estudos em População SxeA. The survey "Sexual Behavior and Perceptions of the Brazilian Population regarding HIV/AIDS". Introduction. *Rev Saude Publica.* Jun 2008;42 Suppl 1:7-11.

144. Bauermeister JA, Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Dolezal C. Assessing motivations to engage in intentional condomless anal intercourse in HIV risk contexts ("Bareback Sex") among men who have sex with men. *AIDS Educ Prev.* Apr 2009;21(2):156-68.

146. Collins N. Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behavior. *J Pers Soc Psychol.* Oct 1996;71(4):810-32.

147. Scanavino MdT, Ventuneac A, Rendina HJ, Abdo CHN, Tavares H, Amaral MLS, Messina B, Reis SC, Martins JPLB, Gordon MC, Vieira JC, Parsons JT. Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, Hypersexual Disorder Screening Inventory: translation, adaptation, and validation for use in Brazil. 2013:under review.

148. Van de Ven P, Crawford J, Kippax S, Knox S, Prestage G. A scale of optimism-scepticism in the context of HIV treatments. *AIDS Care.* Apr 2000;12(2):171-6.

149. Kaida A, Gray G, Bastos FI, Andia I, Maier M, McIntyre J, Grinsztein B, Strathdee AS, Bansberg DR., Hogg R. The relationship between HAART and sexual activity among HIV-positive women of reproductive age in Brazil, South Africa, and Uganda.*Aids Care- Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv.*2008;20(1):21-5.

150. Scanavino MdT, Ventuneac A, Abdo CHN, Tavares H, Amaral MLS, Messina B, Reis SC, Martins JPLB, Parsons JT. Sexual compulsivity, anxiety, depression and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. [em preparação].

151. Leobon A, Velter A, Engler K, Drouin MC, Otis J. A relative profile of HIV-negative users of French websites for men seeking men and predictors of their regular risk taking: a comparison with HIV-positive users. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv.* 2011;23(1):25-34.

152. Scanavino MdT, Ventuneac A, Abdo CHN, Tavares H, Amaral MLS, Messina B, Reis SC, Martins JPLB, Parsons JT. Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry research.* 2013.

153. Silva CGMd, Gonçalves DA, Pacca JCB, Hearst N. Jovens Homens que Fazem Sexo com Homens - comportamento sexual e antirretrovirais em São Paulo. In: Rios LF, Almeida V, Parker R, Pimenta C, Terto Jr. V. *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde.* Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

154. Gondim RC, Kerr-Pontes LRS. Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2000;3:1-3.

155. Brignol S, Dourado I. Internet behavior survey about the unprotected anal sex with men who have sex with men. *Rev Bras Epidemiol.* Sep 2011;14(3):423-34.

156. Veras MASM. Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo. Outubro 2012. [citado 20 dez. 2012] Disponível em: http://revistapesquisa.fapesp.br/2012/10/11/aids-ainda-longe-do-controle/.

157. Herek GM. Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: a conceptual framework. *Nebr Symp Motiv.* 2009;54:65-111.

158. Beloqui JA. Relative risk for AIDS between homo/bisexual and heterosexual men. *Revista De Saude Publica.* Jun 2008;42(3):437-42.

159. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav.* Nov-Dec 1998;23(6):893-907.

160. Adam B, Husbands W, Murray J, Maxwell J. AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *J Sex Res.* Aug 2005;42(3):238-48.

161. Bancroft J, Janssen E, Carnes L, Goodrich D, Strong D, Long JS. Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *J Sex Res.* May 2004;41(2):181-92.

162. Grov C, Parsons J. Bug chasing and gift giving: the potential for HIV transmission among barebackers on the internet. *AIDS Educ Prev.* Dec 2006;18(6):490-503.

163. Lelutiu-Weinberger C, Pachankis J, Golub S, Walker JN, Bamonte A, Parsons JT. Age Cohort Differences in the Effects of Gay-Related Stigma, Anxiety and Identification with the Gay Community on Sexual Risk and Substance Use. *AIDS and Behavior.* 2013;17(1):340-9.

164. Radcliffe J, Doty N, Hawkins LA, Gaskins CS, Beidas R, Rudy BJ. Stigma and sexual health risk in HIV-positive African American young men who have sex with men. *AIDS Patient Care STDS.* Aug 2010;24(8):493-9.

165. Rocha GM, Kerr LR, de Brito AM, Dourado I, Guimarães MD. Unprotected Receptive Anal Intercourse Among Men Who have Sex with Men in Brazil. *AIDS Behav.* May 2013;17(4):1288-95.

166. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry.* 1997;60(2):120-41.

167. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand.* Sep 2002;106(3):189-95.